

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Mai 1908, à 1 heure

PAR

André MARTIN

Ancien Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
et Aide d'Anatomie à la Faculté

LES

KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE

Président : M. POZZI, professeur

Juges { MM. HUTINEL, professeur
AUVRAY, agrégé
NOBÉCOURT, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Clinique organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
	{ HUTINEL
Maladies des enfants.....	JOFFROY
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	{ BERGER
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD
	{ BAR
	{ RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Commandeur de la Légion d'honneur.

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR JUST LUCAS CHAMPIONNIÈRE

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*en reconnaissance de sa sollicitude à
notre égard et des bienveillants con-
seils qu'il ne cesse de nous donner.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR agrégé RIEFFEL

Chef des Travaux Anatomiques à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Trousseau
Chevalier de la Légion d'Honneur

*qui durant nos dix années d'études a
bien voulu nous honorer de son affec-
tueuse sympathie.*

Au moment où se terminent nos études médicales, nous ne saurions oublier les maîtres qui durant notre externat et notre internat nous ont instruit; nous tenons à remercier particulièrement MM. TUFFIER et NÉLATON qui nous donnèrent des marques de confiance et d'amitié ineffaçables.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Internat

M. LE PROFESSEUR BERGER.

Internat 1905-1906

avec l'expression de ma gratitude.

M. LE DOCTEUR JALAGUIER.

Internat 1904-1905

Chirurgien de l'Hospice des Enfants-Assistés

Professeur agrégé à la Faculté

Respectueux hommage de dévouement et d'attachement

M. LE DOCTEUR NÉLATON.

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut

Professeur agrégé à la Faculté

Internat 1903-1904

M. LE DOCTEUR LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Membre de l'Académie de Médecine

Internat 1902-1903

Externat

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TUFFIER (1901-1902)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL (1900-1901)

M. LE PROFESSEUR LE DENTU (1899-1900)

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS MARION, MAUCLAIRE, OMBRÉ-
DANNE, MICHON, LENORMANT, LECÈNE, LAUNAY,
GUIBÉ, FREDET, VEAU.

A MES AMIS

ZIMMERN, NICLOUX, Professeurs agrégés à la Faculté.

A M. LE DOCTEUR PARMENTIER, médecin des Hôpitaux.

A MON AMI L. BABONNEIX

Chef de Clinique à la Faculté

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE DE LIMOGES

MM. CHÉNIEUX, JUSTIN LEMAISTRE,
BOULLAND, DONNET



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153314_0144

KYSTES HYDATIQUES

DE LA RATE

INTRODUCTION

Lorsque Trinkler dans la Revue de Chirurgie en 1894, publiait les observations de kystes hydatiques de la rate recueillies jusqu'à ce jour, il ne mettait pas en relief les différentes formes anatomo-pathologiques et n'envisageait pas les formes cliniques.

Mais encore malgré les thèses de Cras, de Bordeaux, et Mortureux, de Paris, la question n'a pas été envisagée à ce point de vue.

C'est pourquoi ayant eu l'occasion de recueillir deux observations de kystes hydatiques de cet organe, il nous a semblé intéressant de faire pour la rate ce qui a été fait pour le foie : En un mot de décrire les lésions, les symptômes, les complications qui peuvent résulter de la localisation de l'échinocoque au niveau de cet organe.

ÉTIOLOGIE

Nous ne nous attarderons pas dans ce chapitre à rapporter les différentes opinions émises par les auteurs, opinions que nous retrouvons reproduites dans les classiques : Pour expliquer la pathogénie et surtout la localisation du kyste hydatique dans la rate, qu'il nous suffise de rappeler avec CRAS (1) que la veine splénique est dépourvue de valvules, que la rate n'est somme toute qu'un diverticule de la veine porte. Et MARIAU (2) examinant le cadavre d'un nouveau-né put voir du reste dans un cas unique une série de petites branches veineuses allant du coude gauche du colon transverse, et du côlon descendant au pôle inférieur de la rate ; ces veines anatomiques pourraient peut-être constituer une voie anormale pour le transport des echinocoques dans le tissu splénique ; mais aussi la veine splénique reçoit la veine gastro-épiploïque gauche, c'est là une voie toute naturelle beaucoup plus facile à concevoir et l'on ne comprend guère que LE NOEL (3) ait pu dire que « L'embryon hexacante traverse la tunique stomacale, pénètre dans le cœur, et est lancé dans la tunique artérielle. »

Il nous semble plus logique, d'admettre la voie veineuse et cela pour des raisons anatomiques.

1. CRAS. Thèse Bordeaux 1896, p. 18.

2. MARIAU. Thèse Lyon 1893, p. 37.

3. LE NOEL. *Gaz. Médicale*, 1874, p. 275.

Gangolphe a émis l'opinion que la voie lymphatique serait aussi importante que la précédente. Des gros troncs lymphatiques entourant le tube digestif conduiraient l'embryon dans le canal thoracique ; de là, il passerait dans le système cave et dans le cœur.

Voie veineuse, voie lymphatique et accessoirement voie artérielle, tels seront les conduits menant l'échinocoque à la rate.

On a fait entrer en ligne de compte différents facteurs.

La Race. — C'est ainsi qu'en Allemagne le kyste hydatique serait plus fréquent que dans notre pays. NEISSER (1) et MOSLER (2) ont publié des statistiques très nettement concluantes. ROSTOCHINSKY (3) considère cette localisation splénique comme une véritable rareté, et d'après cet auteur tandis que le foie reçoit le parasite dans 45 0/0 de cas, la rate ne fournit que 0,3 0/0 de la totalité des observations.

TRINKLER (4) s'élève contre cette assertion :

Pour ce chirurgien le kyste hydatique de la rate est plus fréquent en Russie que dans les autres contrées de l'Europe occidentale.

L'âge et le sexe. — Quoi qu'on en ait dit, n'ont aucune influence ; nous avons relaté des observations en proportions à peu près égales chez l'homme et la femme, de même la grossesse et le traumatisme ne semblent pas jouer le rôle étiologique que leur avait prêtées Finsen et tout au

1. NEISSER. *Die Echinococcenkrankheit*, Berlin 1877, p. 5.

2. MOSLER. Th. Wiesbaden 1884, p. 11.

3. ROSTOCHINSKY. *Bulletin de la Société Médicale de Moscou*, n° 5, 1890.

4. TRINKLER. *Revue de chirurgie*, 1894, p. 107.

plus pourrait-on dire avec CLADO (1) et M. QUÉNU (2) en ce qui concerne les kystes hydatiques multiples et juxta-spléniques que « les échinocoques arrêtés dans le foie, par exemple, sont semés dans la cavité abdominale par rupture de la poche hépatique » ou avec le second de ces auteurs qu'il y a « greffe d'une vésicule échappée du kyste primitif. »

1. CLADO. *Société anatomique*, 1886, p. 676.

2. QUÉNU. *Bull. Soc. chirurgie*, 21 mars 1900.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° LE KYSTE EST UNIQUE

Quand on parcourt les observations publiées jusqu'à ce jour, on est frappé par ce fait : la position variable du kyste, au foie. TRINKLER admet que le lobe gauche est le plus fréquemment touché ; à la rate, il est impossible d'établir même approximativement la fréquence de telle ou telle variété, malgré tout deux cas bien distincts peuvent se rencontrer, le kyste est superficiel ou profond.

Kyste superficiel. — La rate présente une tumeur du volume du poing surajoutée à la partie supérieure de sa face profonde. Il semble qu'il y ait deux rates accolées l'une à l'autre, l'organe présente à sa face inférieure une tumeur volumineuse sur laquelle il s'étale et ne semble plus être qu'une appendice fusionné au kyste, l'extrémité inférieure seule est libre, chez d'autres sujets au contraire la lésion se présente sous la forme de deux lobes arrondis ayant chacun le volume du poing et séparés par un sillon médian sur lequel peut reposer une anse intestinale.

Pour TRINKLER le kyste siègerait aussi souvent sur la face antérieure que sur la face postérieure.

Quant à la surface de la tumeur lorsque le kyste est libre elle se présente plus ou moins bosselée, rarement

régulière, on compte jusqu'à deux ou trois brides fibreuses, quelquefois blanchâtres nettement épaissies comme dans l'observation de CONCETTI (1) et bien rarement on trouve la tumeur lisse sans bosselure ni dureté comme l'a décrit M. BRAULT (2), dans une observation.

A côté de cette forme ou le kyste est réuni à l'organe par une large base d'implantation, il en est une autre plus rare mais que nous avons eu l'occasion de trouver chez une malade dont nous reproduisons l'observation « Le kyste est nettement splénique mais il est pédiculé : son point d'attache apparaît comme un tractus long de 6 à 8 centimètres, d'une largeur à peu près égale sur toute la longueur du pédicule ne dépassant pas deux centimètres : l'épaisseur du pédicule mesurée après l'intervention était de 4 millimètres. Le point de la rate où s'attachait le kyste était un peu en dedans du bord crénelé. La surface splénique était légèrement déprimée sur le pourtour du point d'implantation mais apparaissait de teinte normale.

Le pédicule n'était pas vasculaire on notait cependant deux petites veines flexueuses qui augmentaient progressivement de volume en allant de la rate vers le fond de la poche.

Ayant recherché si cette forme anatomique était fréquente il nous a été donné de la rencontrer dans quatre observations. MARCANO (3) et RENAULT (4), ont mentionné

1. CONCETTI. *Giorn Internac, d. soc. méd.* Napoli, 1880 II, 247.

2. BRAULT. *Société anat.*, p. 673, 1873.

3. MARCANO. *Prog. méd.*, 1874, p. 262.

4. RENAULT. *Soc. anat.*, 1882, p. 124.

des cas analogues, le kyste atteignait le volume d'une tête de fœtus dans un premier cas, le volume du poing dans un second, mais il est à noter que dans les deux publications de ces auteurs, il n'est pas fait mention de l'importance du pédicule.

SCHOENBORN (1), rapportant un cas de kyste hydatique de la rate, joint une figure à la description anatomique de la lésion et on peut voir le kyste s'attacher non plus à la face interne mais à la face externe par un pédicule flexueux trouvé adhérent au cours de l'intervention. OLIVER (2), semble avoir rapporté l'observation la plus intéressante. Le kyste volumineux descendait jusqu'au cul de sac vaginal gauche, le pédicule s'attachait sur le pôle inférieur de la rate et la longueur de cette bride fibreuse mesurait trois pouces et demi.

Tels sont les différents aspects sous lesquels peut se présenter l'affection.

On conçoit que le volume de la poche varie, toutes les modalités peuvent se rencontrer et nous rappellerons simplement pour mémoire que dans des cas, la quantité du liquide ne dépasse pas quelques grammes et qu'il est des kystes ou la poche renferme plus de 2 litres.

Le kyste est profond. — CRAS, à l'inverse de TRINKLER, admet une première phase presque constante, plus ou moins durable pendant laquelle le kyste évolue en plein parenchyme splénique, cette opinion semble difficile à soutenir, elle a été battue en brèche par M. FÉVRIER au Con-

1. SCHOENBORN. Th. d'Iéna, 1895, p. 5.

2. OLIVER. *James British. med.*, 7. London, 1893, J. 2, p. 13.

grès de Chirurgie (1901). Il semble bien évident que tout kyste profond peut se développer vers les parties périphériques, mais aussi il y a une forme qui dès le début est *corticale* si l'on peut dire et une autre qui restera profonde souvent ignorée : et nous trouvons la preuve de ce fait dans les observations déjà anciennes de DUROZIEZ (1). La rate dit cet auteur est creusée en son milieu d'une vaste caverne. DEFFAUX (2) signale un cas où aucun signe extérieur permettait de déceler le kyste tout au moins avant la section longitudinale.

La rate semblait considérablement hypertrophiée, mais peu bosselée et après avoir traversé le parenchyme sur une épaisseur « ne dépassant pas un centimètre », on voyait que la rate entière était réduite à une coque : tissu splénique et membrane enveloppante du kyste étaient appliqués l'un à l'autre. C'est encore à la Société anatomique de Paris que HOUEL en 1876 faisait remarquer la rareté des kystes hydatiques développés dans le parenchyme de la rate : ils sont « périphériques ».

Enfin c'est BOURDEL (3) qui, ayant fait chez un enfant de onze ans le diagnostic d'hypertrophie leucémique, trouva après la mort une rate énorme arrondie, ellipsoïde de 1 kg. 250, longue de 21 centimètres, large de 15 centimètres. On ne pouvait se baser sur aucun signe pour établir la nature de la lésion, et ce n'est qu'après incision de la coque splénique d'une épaisseur de 1 centimètre à peine, que les hydatides sont rejetées au dehors.

1. DUROZIEZ. *Soc. anat.*, p. 673, 1873.

2. DEFFAUX. *Soc. anat.*, p. 651, 1874.

3. BOURDEL. *Soc. anat.*, 1884, p. 321.

C'est dans ces formes que l'on a pu voir les parois de la coque, dures en des points, molles en d'autres.

La poche est d'inégale épaisseur, atteignant en certains points 0 m.002 ou 0 m.003 tandis que dans d'autres, elle n'a pas 0 m.081, le tissu constituant est dense, fibro-cartilagineux (DUBOÛÉ) (1).

Tous les auteurs du reste ont insisté sur cette paroi dense, par contre GÉRIN-ROZE (2) trouva une paroi souple, membraneuse, véritable tunique adventice ; dans d'autres cas, on a au toucher la sensation d'une paroi dure, squirrheuse ayant jusqu'à 15 millimètres d'épaisseur.

Telle est la paroi, quels sont ses rapports avec le tissu splénique ? faut-il admettre, comme pour le foie, qu'elle adhère intimement, ou qu'il existe une sorte de zone péri-kystique ? Nous avons été frappé de voir que ce point n'était mis en relief dans aucune observation ; pourtant l'adhérence plus ou moins grande de la poche au parenchyme est un fait de la plus haute importance, si le kyste peut être réséqué, énucléé, la splénectomie sera évitée, comme chez les malades de M. le professeur TERRIER cités par VANVERTS (3). Il serait également intéressant de rechercher si cette zone péri-kystique est vascularisée, le tissu splénique saigne abondamment (LE DENTU) ; enfin on peut voir des vaisseaux flexueux, dilatés, anastomosés, comme dans le cas rapporté par THOMAS (4).

MALASSEZ, étudiant le kyste trouvé par Gustave Martin

1. DUBOÛÉ *Soc. anat.*, 1857, p. 152.

2. GÉRIN-ROZE. *Soc. anat.*, 1880, p. 99.

3. VANVERTS. *Th.* Paris, 1897, p. 187.

4. THOMAS. *Austr. méd.*, J. 1884, p. 385.

de Nevers, avait vu cette paroi formée de fibres conjonctives unies à des fibres striées, parallèles entre elles et réfringentes. Bourbon et Morax, dans un cas opéré par M. Hartmann, ont pu voir la paroi conjonctive épaisse présenter dans la partie en contact avec le tissu splénique des noyaux en assez grand nombre, tandis que du côté du kyste elle est purement conjonctive.

Le Contenu. — Dans les cas simples, le liquide est diaphane, de couleur argentine, renfermant une foule d'hydatides, dans les observations on voit que c'était un liquide clair comme de l'eau, donnant un précipité floconneux par addition d'acide azotique, le poids spécifique étant variable suivant les cas de 1,007 à 1,015. CHAINTRE insiste sur la grande quantité de phosphates, de chlorures contenus dans le liquide et sur la quantité considérable d'urée atteignant jusqu'à 0 gr. 40 par litre.

Le liquide renferme des vésicules secondaires contenues dans la vésicule mère. Ces vésicules peuvent atteindre un nombre considérable. Alors elles distendent et dilatent l'hydatide mère au point de lui enlever toute vitalité, celle-ci entre alors en régression, devient adhérente au kyste conjonctif et peut passer inaperçue.

L'hydatide peut encore perdre sa vitalité et le kyste entrer en régression quand il s'ouvre dans un organe voisin, mais c'est là une complication que nous aurons à envisager plus loin.

M. SEVESTRE a insisté sur la fréquence des crochets d'échinocoques « pouvant être encore libres ou plus souvent adhérents aux débris de la membrane germinale ».

On a vu parfois des hydatides atteindre le volume d'un

œuf de pigeon ; enfin, Leprévost du Havre a rapporté un cas où il ne lui fut pas possible de trouver de crochets, il n'y avait que des vésicules filles ou acéphalocystes.

La rate, dont la capsule est presque toujours épaisse, est vraisemblablement influencée par le développement du kyste. Bien entendu nous laissons de côté les lésions produites par le développement graduel de la poche. CONCETTI est un des premiers à avoir insisté sur l'hyperplasie considérable dont était le siège le parenchyme de la rate en contact immédiat avec la cavité. A ce fait on pourrait opposer les deux observations des malades de FEHLEISEN (1) opérés par BERGMANN où il ne fut pas possible de constater la plus petite altération morbide du parenchyme splénique « ni atrophie, ni hypertrophie ».

M. le professeur DIEULAFOY est le premier qui ait attaché une importance à cette augmentation de volume de la rate, il la compare à l'hypertrophie compensatrice du foie décrite par KAHN (2).

Il y aurait là une compensation du tissu de la rate et MORTUREUX (3) envisage les cas où il serait possible de ne pas faire la splénectomie, mais de faire uniquement l'ablation de la partie kystique, l'organe pouvant encore jouer un rôle utile. Histologiquement les travées conjonctives sont épaissies, cette sclérose splénique se constate aussi

1. FEHLEISEN. *Deutsch. Med. Wochenschr.* Leipzig, 1888, p. 1003.

2. KAHN. Th. de Paris, 1896.

3. MORTUREUX. Th. de Paris, 1900, p. 19.

autour des vaisseaux, ces lésions diminuent d'importance à mesure que l'on s'éloigne de la cavité kystique.

Kyste superficiel et kyste profond sont donc les deux grandes formes de l'affection, mais il est des cas où la délimitation ne sera pas aussi nettement tranchée. Le kyste cesse de devenir profond, refoule progressivement la coque splénique, il *s'exteriorise*, la tumeur est bilobée : on a deux lobes arrondis séparés par un sillon médian, ou une rate réduite à une simple lame rappelant par son aspect une « langue de bœuf » coiffant le kyste (HARTMANN) (1).

2° LES KYSTES SONT MULTIPLES

On peut en trouver deux, trois, quatre, comme dans un cas de CRUVEILHIER, où l'un des kystes dépassait le volume d'une tête d'adulte ; dans une belle observation de DELBECQ tous les kystes étaient sous-capsulaires, il existait trois masses soudées entre elles, recouvertes de brides péritonéales. La rate ne formait plus qu'une masse rougeâtre intimement unie aux formations kystiques et dans laquelle il était aisé de reconnaître la rate. Après avoir décortiqué l'organe on pouvait voir que d'autres kystes semblaient sortir de la profondeur même du parenchyme, venant faire saillie à l'extérieur.

Kyste multiloculaire. — Chez d'autres sujets la tumeur peut être divisée en plusieurs loges ; anormalement, ces kystes peuvent communiquer entre eux, ou bien encore le kyste superficiel communique avec un kyste profond par un petit pertuis, ou dans d'autres cas la communication se

1. HARTMANN. Cong. franç. de Chirurgie, 1897.

fait largement par un orifice de 2 centimètres de diamètre, ces kystes multiples de la rate sont encore intéressants parce qu'ils peuvent coïncider avec des kystes des régions voisines, nous ne voulons point parler des kystes hépatiques, c'est là un fait banal mentionné par un grand nombre de chirurgiens, mais souvent les kystes de la rate ont été observés avec des formations analogues développées dans l'épiploon gastro-splénique, pancréatico-splénique et le grand épiploon. Dans un cas personnel ce furent des kystes du grand tablier épiploïque qui attirèrent l'attention. Ils formaient cinq tumeurs parfaitement isolables ayant le volume d'une boule de billard, très mobiles, dures, sauf une où la fluctuation était assez nette. Ce ne fut qu'au cours de la laparotomie que l'on vit la rate présenter une série de kystes semi-transparents; trois presque accolés occupaient la face externe de l'organe, le plus élevé avait le volume d'un œuf de pigeon, les deux autres semblaient fusionnés, accolés. A la face profonde de l'organe on ne trouva qu'une petite masse kystique immédiatement au-dessus du pôle inférieur. Les kystes épiploïques furent facilement énucléés, les vaisseaux de tout le tablier épiploïque étaient très volumineux. M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pratiqua la splénectomie et, à l'intérieur de la rate au-dessus du hile, on reconnut un petit kyste renfermant un liquide citrin. En résumé cinq kystes épiploïques, et à la rate quatre kystes superficiels, un kyste profond (1).

Il est à remarquer que l'examen de la cavité abdominale ne révéla pas d'autres lésions hydatiques.

1. Voir observations.

Il nous a paru intéressant de rapporter ce cas en effet dans l'observation de DELBECQ, mentionnée plus haut, il existait aussi des kystes juxta-spléniques se portant vers le pancréas, dans l'épaisseur de l'épiploon, pancréatico-splénique et *sans connexion* avec la rate; TROFINOFF (1), chez un de ses opérés, a énucléé un kyste dans l'épiploon gastro-hépatique, coïncidant avec un double kyste du parenchyme splénique.

Rapport des kystes. — Connaissant ainsi les rapports du kyste avec l'organe dans lequel il s'est développé, il nous faut envisager ses connexions avec les vaisseaux spléniques, les modifications possibles du pédicule vasculaire. KNOWSLEY THORNTON (2) vit l'artère splénique dilatée, les veines flexueuses présentaient une augmentation de calibre évidente, enfin dans le cas de PIERI cité par Vanverts, l'atmosphère péri-kystique était le siège d'un saignement sanguin abondant. Les vaisseaux au niveau du hile paraissaient « friables ». NOVARO fut obligé de recourir à la splénectomie. SNEGIREW, de Moscou, cité par TRINKLER, vit un pédicule large de 8 centimètres; on y sentait battre le pouls de l'artère splénique et on apercevait des veines ayant le volume de grosses plumes d'oie. Il est même possible de trouver un anévrisme au niveau de l'artère splénique, anévrisme sacculaire tel que l'a décrit KISCHEWSKI (3), il n'existait qu'un seul kyste hydatique. Cet auteur pense qu'il y eut là qu'une simple coïncidence de lésion.

1. TROFINOFF. *Khirurgia*. Moscou, 1898, p. 561.

2. KNOWSLEY THORNTON. *British Medical Journ.*, 1886, p. 740.

3. KISCHEWSKI. *Med. Chirurg.* Moscou, 1901, p. 577.

Le kyste sera inclus au début tout au moins entre les feuillets séreux constituant les ligaments qui rayonnent autour de la rate, ligament gastro-splénique en arrière, et en dedans, ligament pancréatico-splénique, en haut ligament suspenseur, plus rarement en bas ligament spléno-colique très inconstant. Enfin le kyste de la face externe se développe vers les parois ; peu à peu la séreuse qui le recouvre, se soude au péritoine pariétal.

Le kyste antérieur (gastro-splénique) semble être très fréquent, le kyste pédiculé dont nous avons déjà parlé entrain évidemment dans cette catégorie, le péritoine qui le recouvrait était d'apparence normale, CASANOVA et POULET (1) insistent sur les adhérences que l'on peut rencontrer dans cette forme : adhérences gastriques, expliquant peut-être les troubles digestifs signalés dans certains cas.

Dans l'observation de CHAINTRE (2), le kyste développé dans l'épiploon gastro-splénique était très superficiel, il s'était en quelque sorte pédiculisé en se développant et il se présenta dès l'ouverture de la paroi abdominale sous l'aspect d'une tumeur mobile, recouverte par le péritoine très vascularisé. FINK, considère ces cas comme les plus fréquents. Mais un fait important à retenir est l'adhérence du grand épiploon à la poche. PÉAN avait déjà insisté sur ce fait en 1897 à l'Académie de Médecine, l'épiploon même ne peut être séparé que difficilement à cause des adhérences contractées.

1. CASANOVA et POULET. *Rev. de Chirurg.*, 1888, p. 206.

2. CHAINTRE. *Revue chirurg.*, 1890, p. 811.

Le kyste postérieur (pancréatico-splénique) peut-être difficile à aborder, masqué par le péritoine, mais la séreuse à ce niveau est plus souvent modifiée que dans le kyste antérieur ; TRINKLER a pu signaler un feuilleté péritonéal. Le fait important est l'adhérence avec la queue du pancréas, les rapports avec les vaisseaux de la rate. Le kyste est caché, passe inaperçu à l'ouverture de la paroi abdominale. GALLOZI sous le titre « observation, non commune de kyste echinococcique de la rate » (1) rapporte qu'à l'ouverture de l'abdomen la rate semblait normale, mais en attirant l'organe on vit une saillie sur sa face interne, saillie volumineuse comme une tête de fœtus.

HAHN (2) a pu signaler un cas où la tumeur développée sur la face interne concave de l'organe, après avoir amené une atrophie presque complète du parenchyme splénique munie d'un long pédicule, passait en avant de la queue du pancréas, adhéraît au pôle supérieur du rein et pouvait être perçue par la palpation de la région lombaire. Il a été donné à M. MONPROFIT (Société anatomique de Paris, 1903, p. 446) de trouver la poche kystique et la rate solidement unies ; l'artère splénique adhérente à la tumeur mais rattachée à la queue du pancréas qu'on fut obligé de sectionner ; dès lors la tumeur fut facilement extirpable, c'est là le type du kyste parapancréatique.

La lésion concomitante du pancréas doit être une véritable rareté ; bien entendu, nous laissons les kystes hydatiques multiples du foie, de la rate, du pancréas, de la paroi abdominale ; nous voulons parler de la coïncidence possi-

1. GALLOZI, *Acad. méd. chirurg. Napoli*, 1900.

2. HAHN, *Central f. chirurg.*, 1895, p. 880.

ble d'un kyste du pancréas et d'un kyste hydatique de la rate ; le fait n'est mentionné que dans une seule observation de la thèse de MASSERAN (1881).

Le kyste supérieur est important par les adhérences qu'il contracte avec le lobe gauche du foie (CHAINTRE) et avec la coupole du diaphragme. C'est la forme anatomique qui amène les complications les plus graves, on peut voir survenir des adhérences multiples solides, quelquefois même on constate un véritable éventail fibreux allant du pôle supérieur du kyste au diaphragme à la paroi et JONNESCO (1) a trouvé chez un de ses opérés une « symphyse abdomino-splénique » dont la destruction nécessitait l'arrachement de la paroi abdominale en plusieurs endroits. Ou bien encore le diaphragme s'animait progressivement. Il y a en même temps symphyse spléno-diaphragmatique et dans une très belle observation de GUÉRIN (2) on peut voir le kyste ayant refoulé le diaphragme, l'ayant usé, faire irruption dans la cage thoracique, le poumon est petit, tendu, refoulé contre la paroi vertébrale.

Quelquefois on a pu trouver un épaississement fibreux, indépendant du kyste, séparant la base du poumon gauche du dôme kystique.

Le kyste inférieur est très fréquent on le trouve décrit par SOKOLOFF (3) et cette forme est importante par la connexion qu'elle prend avec l'intestin grêle, on peut constater suivant l'ancienneté des lésions une sorte de gâteau constitué par les anses adhérentes entre elles et au

1. JONNESCO. *Presse Médicale*, 1897, p. 125.

2. GUÉRIN. *Archives cliniques*. Bordeaux, 1897, p. 217.

3. SOKOLOFF. Soc. méd. de Kiell., 1881-1882, in Wratsch

péritoine ou bien encore le pôle inférieur de la rate, le coude gauche du côlon, les anses grêles forment un tout indissoluble et à l'autopsie quand on incise le côlon transverse on voit que toute communication avec le côlon descendant a disparu. La compression est assez large pour que les liquides mêmes soient arrêtés. Moins grave peut-être serait l'ouverture du kyste dans le côlon.

M. BRAULT que nous avons déjà cité ayant constaté au cours de la vie une débâcle avec vésicules ne put après la mort retrouver l'orifice de communication entre la poche et le côlon.

Enfin il est des formes où il n'est plus possible d'assigner au kyste le type ascendant ou descendant, il évolue à la fois vers le diaphragme, vers la paroi thoracique, vers l'intestin.

Dans une très belle observation inédite communiquée par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, le kyste adhérait non plus au coude gauche du côlon transverse, mais empiétait sur la face *antérieure et sur les faces latérales du côlon descendant* qu'il enserrait à tel point que l'on porta le diagnostic d'occlusion intestinale cancéreuse.

Le kyste est pariétal. — Dans cette variété le kyste contracte des adhérences, il faut presque toujours admettre qu'une infection secondaire s'est produite à la suite d'un traumatisme, d'une ponction, car la face externe de la rate est normalement libre : on ne peut tirer aucune conclusion en ce qui concerne cette variété, car, si elle a été trouvée au cours d'autopsie, elle n'a pas été signalée au cours d'interventions.

Modifications de la poche kystique et du liquide.

— Lorsque le kyste est infecté, la paroi subit des modifications importantes comme l'on peut s'en rendre compte au cours des interventions : la consistance varie suivant les points considérés : dure, fibreuse ou souple, elle donne la sensation de dureté du cartilage ou la paroi interne du sac est doublée d'une large plaque écailleuse très nuancée ayant « l'aspect des plaques athéromateuses, sèches de l'aorte et la consistance des anneaux de la trachée ». (GÉRIN ROZÉ) (1). Ces écailles peuvent être plus ou moins fissurées, histologiquement on a affaire à du tissu fibreux conjonctif extrêmement dense, on trouve entre autre quelques fibres élastiques. On a pu voir la surface interne constituée de tissu fibreux au milieu duquel on remarque de petits îlots de tissu splénique noyés en quelque sorte dans la masse fibreuse environnante.

Mais CRAS a insisté sur un point très intéressant. La poche principale émet des diverticules ; le doigt peut s'engager et arriver dans une autre poche adhérente au parénchyme ; ou en remontant vers la direction du diaphragme la paroi était incrustée de plaques calcaires et de concrétions ossiformes. (BOUGLÉ.)

L'épanchement, cessant d'être limpide, devient cireux, sanguinolent, purulent, c'est ainsi que dans les différentes observations il est décrit sous ces aspects.

La purulence. — Due à une infection venue des organes voisins, a été notée à la suite de la grippe ; le kyste jusqu'alors latent devient douloureux, cette modification se produit chez les dysentériques au cours d'une crise aiguë

1. GÉRIN-ROZE, 1880.

(LE NOËL), comme complication d'un traumatisme, mai dans toutes les anciennes observations la grande cause d'infection du kyste est la ponction, tel liquide retiré clair après un premier examen, est purulent, verdâtre six ou neuf jours après (KOEBERLÉ (1) ou bien jaunâtre, de consistance visqueuse renfermant des débris d'hydatide. L'épanchement prend encore la consistance du mastic.

Il aurait été intéressant de constater la nature des agents microbiens et ce détail se trouve seulement dans trois observations. M. TUFFIER à la Société de Chirurgie, le 20 juillet 1892, rapporte l'observation d'un kyste hydatique de la rate développé à la suite d'une attaque d'influenza, une première ponction laissa écouler le liquide hydatique, une deuxième ponction retira du pus, l'examen bactériologique permit de déceler le colibacille pur.

D'ANTONA (2) signale un cas également très curieux, un kyste purulent aurait renfermé des colonies de bacilles, exactement semblables au bacille typhique; ces bacilles se développaient rapidement sur la gélatine et sur l'eau à la température de 64°4, ils ne se développaient pas sur la pomme de terre, ce qui les distinguait du bacille typhique.

Tout récemment GIANNETTASIO (3) a pu voir un kyste hydatique évoluer dans une rate paludéenne, il constatait comme M. TUFFIER la présence du colibacille.

Parfois on a signalé des lésions encore plus accentuées : la caverne splénique est remplie d'un ichor lie de vin

1. KOEBERLÉ. Soc. méd. Strasbourg, 1893, p. 162.

2. D'ANTONA. *Réforme médicale*, 1889, p. 584, *loc. cit.*

3. GIANNETTASIO. *Riforma medic.*, 24 juin 1905.

foncé, de flocons de tissu brun-noirâtre qui paraissent n'être que le parenchyme de l'organe en voie de *sphacèle*. Toute la rate peut être transformée en un clapier dont les parois seront constituées par le pancréas, l'atmosphère celluleuse du rein, le diaphragme et l'épiploon gastro-sphénique.

Le liquide contenu dans la poche est devenu sanglant. CAMUS, dans une thèse récente (novembre 1905), étudie les kystes sanguins de la rate « hématoécèles spléniques et périsspléniques ». c'est toujours sous l'influence d'un choc, d'un traumatisme ou à la suite d'une ponction qu'apparaît cette complication. Le liquide s'épanche rapidement par les éraillures de la paroi même du kyste (HUTCHETT) (1), ou vient directement du tissu splénique et suivant l'ancienneté de l'épanchement on rencontre un liquide séreux rouge où nagent des cristaux de cholestérine ou une bouillie brun rougeâtre pouvant atteindre 5 litres (SPENCER WELLS) (2) composée de globules rouges ramollis et de leucocytes en grand nombre.

Telle est l'anatomie pathologique des kystes hydatiques de la rate que nous pourrions résumer.

Kyste hydatique unique :

Superficiel.

Profond.

Extériorisé.

Kystes hydatiques multiples :

Localisés à la rate.

1. HUTCHETT. *Med. record.* 1896, p. 426.

2. SPENCER WELLS. *Brit. Med. J.*, 1889, p. 55.

Localisés à la rate et aux replis péritonéaux voisins.

Les Kystes suivant leur développement seront :

Gastro-spléniques.

Pancréatico-spléniques.

Phréno-spléniques.

Inférieur spléno-coliques.

Pariétaux.

Le contenu des kystes peut se transformer par :

Suppuration.

Epanchement sanguin.

Nous laissons de côté les kystes à développement exagéré, venant plonger dans le petit bassin, descendant jusqu'à la fosse iliaque ; nous aurons à envisager ces formes anormales au chapitre des complications.

Leur anatomie pathologique ne présente rien de spécial : suivant l'expression de BESNIER, « ils adhèrent partout où ils prennent contact, descendant jusqu'à l'ovaire, venant même bomber à la région inguinale. »

Quant aux kystes hydatiques développés dans la rate mobile, ils nous retiendront au diagnostic car dans la grande majorité des cas ils ont été confondus avec des tumeurs de l'ovaire, du mésentère et du rein.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

Le début du kyste hydatique est chose variable ; il est toujours une catégorie de sujets chez lesquels le kyste ne s'est manifesté par aucun symptôme durant la vie, et c'est ainsi qu'au cours d'une pneumonie, à la suite d'une contusion, si l'on vient à pratiquer l'examen de la paroi abdominale, on décèle une tumeur dans l'hypocondre gauche.

Les troubles douloureux peuvent se manifester quelques mois ou même deux ans avant l'apparition du kyste, parfois même on peut trouver une forme spéciale, bien décrite par les chirurgiens italiens ; l'histoire du kyste se développe au milieu des crises de paludisme.

Une forme très fréquente est caractérisée par la marche lente de l'affection.

Pendant douze ans dans un cas de CONCETTI, le malade fut soigné pour névralgie intercostale. Nous tenons à mentionner le cas de CHAINTRE, où le malade, syphilitique depuis dix ans, avait de telles douleurs, sensation de picotements, de brûlures, de torsion que l'on n'hésita pas à porter le diagnostic de crises gastriques du tabes et ce n'est que huit mois après qu'apparurent les signes physiques permettant de poser le diagnostic. Chez quelques malades, il existe une anémie profonde que rien ne peut expliquer, et à intervalles plus ou moins réguliers apparaissent des

crises douloureuses à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche.

Tous les intermédiaires sont possibles ; ainsi la simple gêne, la sensation de pesanteur et la crise s'accompagnent d'irradiations vers l'épaule gauche, vers les lombes, avec immobilité de la cage thoracique. FEHLEISEN (1) a décrit cette forme et, fait curieux, les crises coïncidaient avec la période menstruelle.

Le même auteur a vu chez un enfant la crise s'accompagner de vomissements, cependant comme on le constata lors de l'intervention pratiquée par BERGMANN il n'y avait pas trace d'adhérences, le kyste était entièrement libre sans connexions gastriques ; enfin, chez des malades, porteurs de kystes hydatiques depuis plusieurs années, des troubles respiratoires, des douleurs lombaires gauches apparaissent sans cause. Puis tout rentre dans l'ordre. (MORDRET.) (1). Signalons encore l'angoisse cardiaque et souvent l'impossibilité chez quelques sujets de se placer *dans le décubitus latéral gauche* ce qui pour TRINKLER se rencontrerait presque constamment. Il est une catégorie d'observations dans lesquelles la tumeur s'est développée sans aucun symptôme douloureux, l'abdomen se dilate et chez une opérée de MM. QUÉNU et DUVAL (1) la crainte d'une grossesse était la seule préoccupation de la malade. Mais il est bien évident que les symptômes fonctionnels

1. FEHLEISEN. *Deutsch. Med. Wochenschr.* Leipzig, 1888, XIV, p. 1003.

2. MORDRET. Rapport de M. Bouilly. Soc. Chirurg. Paris, 1892, p. 789.

3. QUÉNU et DUVAL. Cités par Petit. Soc. Anat.

varieront suivant la région de la lésion et nous ne saurions mieux faire que de suivre au point de vue clinique la marche que nous avons indiquée au chapitre de l'anatomie pathologique.

Le kyste se développe en avant (Type gastro-splénique). — C'est la forme qui se manifeste le plus fréquemment par des douleurs gastriques, le malade accuse une sensation de pesanteur au niveau de l'épigastre, et par hasard la tumeur se révèle dure et mobile, au-dessous et à gauche de l'appendice xiphoïde. Chez la jeune malade dont nous avons décrit le kyste pédicule, il existait après chaque repas des crises douloureuses, l'obligeant à garder le repos absolu pendant une ou deux heures. Les vomissements peuvent se rencontrer; enfin dans quelques observations, les douleurs sont généralisées à toute la zone gastrique, irradient vers l'hypocondre droit et même MAS (1) eut l'occasion de voir un kyste hydatique comprimer l'estomac à un tel degré qu'il y avait une intolérance presque absolue. On avait porté le diagnostic de périgastrite et d'ulcère, et lors de l'intervention on reconnut un kyste renfermant seulement 430 grammes de liquide hydatique sur la face antérieure de l'organe.

Les adhérences entre le kyste et l'estomac sont, semble-t-il, très rares, et ne sont pas décrites avec précision; il est impossible de tirer quelques déductions. Mais ce qui semble bien prouver la rareté du fait, c'est l'absence absolue d'ouverture du kyste dans l'estomac.

Cependant GÉRIN ROZE (2) ayant eu à examiner une

1. MAS. *Central b. f. chirurg.*, 1889, p. 719.

2. GÉRIN ROZE, cité plus haut.

femme accusant des douleurs sourdes à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche, constatait des vomissements à liquide clair, glaireux, puis la malade ayant reçu une contusion sur la région splénique, les vomissements furent suivis d'hématémèses et tous les jours qui suivirent, des hydatides purent être reconnues dans les matières rejetées ; tout rentra dans l'ordre pendant quelques semaines puis reparurent les troubles gastriques.

Le kyste se développe en arrière (Type pancréatico-splénique). — Les symptômes fonctionnels de cette variété sont forcément un peu estampés, les douleurs siègent à l'épigastre, aux lombes, mais nous ne trouvons rien de particulier qui n'ait été déjà dit. Le pancréas n'est nullement influencé par le développement de la tumeur et c'est ainsi que M. VILLAR (1) qui a bien voulu nous communiquer une observation put voir que par l'examen des urines, des matières fécales, il n'était pas possible de diagnostiquer cette localisation, le fonctionnement du pancréas était normal.

Le kyste se développe en haut (Type phréno-splénique). — Le malade se sent oppressé, essoufflé après le moindre effort, et dans toutes les anciennes observations, on voit que presque toujours on a porté le diagnostic d'emphysème, de pleurésie, de pleuro-pneumonie. Naturellement nous n'avons en vue que le kyste simple sans adhérences, cette gêne est souvent intermittente (2) survenant pendant la marche ou à la suite des repas. Les douleurs

1. VILLAR. Communication écrite.

2. MARTINEAU. *Union médicale*, 1873, p. 181.

irradient vers l'épaule gauche, mais tous ces symptômes sont d'autant plus marqués que la croissance de la tumeur est plus lente, c'est pour cette raison que les premiers signes sont notés deux, trois et même cinq ans avant que la tumeur se manifeste et encore la douleur, les tiraillements peuvent passer inaperçus. TRINKLER pense que les douleurs aiguës qui surviennent inopinément et sans cause apparente proviennent dans la grande majorité des cas de lésions mécaniques peut-être solution de la continuité de la poche kystique, déplacement du diaphragme et du poumon pleurésie de la base comme chez un opéré de Tédénat.

La dyspnée est donc le symptôme fonctionnel capital. Elle tient au siège du kyste, mais très souvent ces adhérences inflammatoires, révèlent la péricapnité. Les opérations démontrent ce point de détail. Enfin dans des formes graves la gêne respiratoire trouve son explication par l'étude des lésions pulmonaires, il existe de la toux, le malade rejette des mucosités séro-sanguinolentes (LEGROUX), il y a des hémoptysies franches (SCHROTTER) (1), avec pleurite sèche se traduisant à l'auscultation par des frottements pleuraux et des râles dans la partie inféro-postérieure du poumon gauche.

Le kyste peut encore adhérer au foie, il y a là une zone d'adhérence souvent douloureuse, mais la connexion entre le lobe gauche du foie et la rate sont assez intimes pour que la distinction soit difficile à établir : cette adhérence ne se manifeste par aucun symptôme. Dans un seul cas, GOYRAND (1) d'AIX eut l'occasion de trouver cette

I. SCHROTTER, *Med. Jahrl.* Berl., XI, p. 220.

I. GOYRAND d'AIX, *Gaz. des Hôpitaux*, 1850, p. 100.

variété, mais peut-être devons-nous expliquer par des adhérences hépatiques la douleur dans l'épaule droite décrite par WASSILIEF chez deux sujets ne présentant pas de kystes du foie.

Le kyste se développe en bas (Type spléno-colique). — On conçoit aisément que se sont les troubles intestinaux qui dominent la scène, il y a une douleur pouvant occuper l'épigastre où le malade accuse une sensation de barre transversale, répondant au côlon transverse et, fait très important, la constipation alterne avec des débâcles diarrhéiques. Nous ne parlons pas de l'adhérence au côlon, de la suppuration du kyste pouvant s'ouvrir dans le côlon descendant, ou dans l'intestin grêle. c'est une complication que nous aurons à envisager dans un chapitre suivant.

Mais c'est aussi dans cette variété descendante que le kyste a pu luxer le rein, comprimer cet organe (WELLS) (1), le kyste n'est plus arrêté par aucun obstacle et il continue à s'accroître.

Il prend un développement que l'on ne retrouve dans aucune autre variété, il descend jusque dans le petit bassin, adhère à l'utérus, d'où les troubles menstruels. l'ovaire peut être recouvert par la poche, c'est alors que l'abdomen de la malade présente un aspect pouvant être confondu avec la physionomie du kyste de l'ovaire.

Le diagnostic est difficile : il y a de l'œdème des membres inférieurs, la vessie elle même peut être comprimée, la constipation est la règle ; la tumeur peut dépasser la

1. WELLS. *British Med. Journal*, 1889, p. 55.

ligne médiane. Sans doute ce développement est rare, mais Trinkler a pu le noter chez une vieille femme porteuse d'un kyste dont le début semblait remonter à dix-huit ans environ.

Enfin reste le kyste **pariétal**, celui qui se porte directement en dehors, il n'est guère intéressant, nous ne l'avons trouvé mentionné que dans les cas où il fut compliqué de suppuration, de rupture intra-péritonéale ou d'ouverture aux téguments.

SYMPTOMES PHYSIQUES

On peut dire que tous les intermédiaires sont possibles entre le kyste volumineux ayant refoulé le diaphragme, le cœur, les poumons, descendant à l'arcade crurale, et le petit kyste mobile, pédiculé comme chez le malade que nous avons eue l'occasion d'observer ; la paroi abdominale était légèrement soulevée à gauche de la ligne médiane sous les extrémités antérieures des fausses côtes. La tumeur était presque sous les téguments, on la délimitait exactement, elle était mobile dans le sens transversal, presque immobilisable dans le sens vertical, on sentait qu'elle était fixée dans les régions profondes, mais il n'était pas possible de déterminer l'organe auquel elle adhérait. La matité splénique était normale et Milian ayant eu l'occasion d'examiner la malade, ne reconnut aucun symptôme pouvant dénoter l'hypertrophie de la rate.

La percussion donnait une matité absolue sur toute la surface ; Oliver dans une observation analogue, mais où le kyste était beaucoup plus développé puisqu'il descendait jusqu'au cul-de-sac vaginal gauche, dit que la tumeur semblait reposer sur une surface à sonorité tympanique. Il est vrai que dans ce cas (le fait fut révélé à l'autopsie) des adhérences intimes existaient entre le kyste et l'intestin

grêle, dans notre observation, l'estomac semblait légèrement dilaté.

Il faut avant toute chose chercher la rate.

Celle-ci peut être déformée, car nous avons vu que le malade est souvent un paludéen, mais en outre il peut s'être fait des adhérences, la périsplénite est fréquente et c'est ce qui explique les erreurs nombreuses, la rate kystique est prise pour une rate néoplasique.

Inspection. — Les côtes inférieures peuvent être écartées, les bords inférieurs de ces arcs costaux sont tournés en dehors, la peau des espaces intercostaux paraît quelquefois amincie, lisse, mais on ne trouve presque jamais de circulation veineuse supplémentaire (1 cas de BRYANT) (1).

Si le kyste est plus volumineux, la tumeur est abdominale, les téguments superficiels sont intacts, la tumeur est à la fois thoracique et abdominale et on constate une saillie toujours appréciable en examinant le sujet debout. Le ventre a été vu uniformément développé comme dans l'ascite l'ombilic disparaît et l'appendice xiphoïde est subluxé en avant (BRAULT) (2), le kyste peut même bomber au-dessus du pli de l'aîne, se porter en arrière vers la masse sacrolombaire. Enfin pour M. Dieulafoy, le mamelon du côté gauche peut être plus élevé que celui du côté droit. (CASA-NOVA ET POULET.)

Palpation. — Qui suivra l'inspection, permettra de reconnaître suivant le cas une tumeur lisse sans bosselure

1. BRYANT. *Guys-hospital-reports*, 1866, p. 444 (thèse Vanverts).

2. BRAULT. *Prog. médical*, 1877, p. 111.

ni dureté, fluctuante, mais il ne faut pas croire que l'on puisse trouver chez tous les sujets le frémissement hydatique. CONCETTI cependant dit que presque toujours on peut reconnaître les vibrations caractéristiques du kyste à échinocoque ; ce symptôme se décelerait dans les formes que nous avons décrites sous le nom de kyste superficiel, dans la variété profonde on ne peut que délimiter une rate hypertrophiée à la surface de laquelle existent une ou deux bosselures séparées par des sillons. Cependant GÉRIN ROZE a vu une de ces poches molle, élastique « comme le serait une poche incomplètement distendue », mais il n'était pas possible de retrouver le frémissement caractéristique.

SEVESTRE (1) insiste sur les différences de sensations perçues chez un même sujet à la partie supérieure, le kyste donne l'impression d'une tumeur liquide, au pôle inférieur, la consistance est résistante et dure.

Si la masse n'est pas adhérente, elle s'élève et s'abaisse légèrement à chaque mouvement respiratoire.

Mais la palpation ne nous révèle pas seulement la présence d'une ou plusieurs tumeurs kystiques, elle nous permet de constater si le kyste est profond, la forme de la rate. TRINKLER que nous avons déjà cité est le premier chirurgien qui ait mis ce point en lumière. Si le kyste est né en plein parenchyme splénique, il se développe sans se manifester extérieurement, il semble que la rate soit elle-même touchée et dès lors on conçoit aisément que la direction du kyste se confonde avec la direction de l'organe où il est né, il sera oblique de haut en bas, d'arrière en

1. SEVESTRE.

avant. Les bords de la tumeur sont réguliers, on reconnaît le bord crénelé, lisse et arrondi en forme de croissant à concavité supéro-interne (QUÉNU ET DUVAL), enfin le kyste peut transmettre les pulsations de l'aorte sous-jacente. ALLESSANDRI (1) put parfaitement reconnaître l'incisure splénique.

La mobilité. — Varie suivant la date des lésions, comme le dit FINK (2) la tumeur peut être assez mobile pour être envoyée dans la partie droite de l'abdomen, nous avons suffisamment insisté sur les connexions possibles du kyste pour ne pas avoir à y revenir. Il est une variété où la tumeur est très facilement déplaçable, tel le cas de M. HARTMANN rapporté au Congrès de Chirurgie (1897) ou lorsque la malade était placée dans la position élevée du bassin, le kyste pouvait se cacher dans l'hypocondre gauche, le kyste pouvait être attiré en bas. Il est vrai que la formation s'était développée dans une rate mobile, enfin cette mobilisation peut être douloureuse et accompagnée de tiraillements.

La fluctuation est un symptôme très inconstant. Sans doute, dit MOSLER, ce signe est l'indice de certitude, mais il faut reconnaître que dans bien des cas il est absent. Il faut tenir compte avant toute chose, de la modification que peut subir la paroi, si celle-ci est mince, le caractère de la tumeur est évident, si elle est calcifiée, plus fréquemment cartilagineuse, la fluctuation est impossible à retrouver et

1. ALLESSANDRI. *Ec. de Virchow. et Hirsch Jahresb.*, 1878, p. 118.

2. FINK. *Zeitschrift. für Heilkunde Frage*, 1889, p. 355.

nous avons parcouru un grand nombre de cas où le kyste hydatique étant même superficiel, ne fut pas reconnu lors de l'examen clinique, même lorsqu'il s'agissait de kyste volumineux contenant jusqu'à 830 grammes de liquide. (Observation de MAS.)

Si le kyste est profond, ce n'est qu'au moment de l'extériorisation, c'est-à dire lorsque la coque splénique le recouvrant est très amincie ou sur le point de céder que l'on reconnaît ce symptôme. Enfin rappelons que pour Bourdel on peut noter dans ces cas un énorme développement des ganglions mésentériques prévertébraux, peut être ces lymphatiques abdominaux suppléant la rate.

La percussion révèle la matité et le frémissement hydatique ; la matité est évidente, nous n'avons pas à insister sur ce fait, c'est un signe d'autant plus perceptible que les régions avoisinantes sont sonores ou même ont une sonorité exagérée.

C'est ainsi que la matité absolue du kyste est entourée d'un cercle tympanique, plus rarement, la surface de la poche est submate dans ses parties superficielles, pour TÉDENAT la matité serait moins étendue que la surface du kyste à cause de la résonnance des organes voisins.

C'est ainsi que par la percussion on verra les limites supérieures et inférieures, mais un fait semble constant, c'est la sonorité de la région iléo-lombaire. Il y a une bande sonore entre la tumeur et la colonne vertébrale sauf les cas de tumeur à développement pancréatico-splénique. La percussion de la région costo-iliaque sera pratiquée même dans les tumeurs à type abdominal et dans la très belle

observation de M. HARTMANN on put ainsi produire un « ballottement comparable au ballottement rénal ».

On reconnaîtra ainsi la forme ovalaire, le grand axe de la tumeur pouvant aller du mamelon jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, pouvant même franchir la ligne médiane et se confondre avec la *matité hépatique*.

Le frémissement hydatique semble être moins fréquent que dans les kystes du foie, il n'existait pas chez notre malade, et chez le malade dont les kystes multiples de la rate coïncidaient avec les kystes du grand épiploon, c'est au niveau de ces derniers que l'on put avoir la sensation « de ressort de fauteuil » et de choc en retour. M. le professeur LE DENTU (1), ayant eu à examiner un sujet porteur d'un kyste hydatique du foie et de la rate, reconnut le frémissement au niveau de la tumeur hépatique, le kyste splénique était dur arrondi et mobile. M. RICHELOT (2) n'a pas constaté ce symptôme. Trinkler semble être tombé sur une série heureuse puisqu'il a eu l'occasion de trouver trois fois le frémissement hydatique chez des sujets ayant des kystes uniques de la rate. M. Tuffier vit une tumeur lisse résistante mate sans frémissement sauf au niveau de son bord libre.

BERGMANN (3) distingue même deux bruits, le bruit des hydatides pouvant s'entrechoquer et le frémissement perceptible sur la surface de la tumeur c'est là une distinction subtile qui n'a pas été établie très souvent car dans

1. LE DENTU. *Etude de clinique chirurgicale*, 1892, p. 277.

2. RICHELOT.

3. BERGMANN. *Berl. Klin. Woch.*, p. 592. 1888.

la majorité des cas le diagnostic du kyste hydatique n'a pas été fait tout au plus avait-on dit kyste splénique.

Par contre FELHEISEN dans deux cas eut une sensation tellement évidente qu'il n'eut pas recours à la ponction comme moyen de diagnostic de même BERTHIER (1) eut « la sensation de frémissement hydatique d'une façon très nette ». On trouve aussi fréquemment le frottement d'on parle Bergmann.

Quant à l'*auscultation* elle ne devra jamais être négligée surtout en ce qui concerne les formes ascendantes. le kyste peut simuler un épanchement pleural, il repousse le diaphragme, le poumon, dévie le cœur : à la percussion on constate une matité qui remonte jusqu'au cinquième, quatrième et même troisième espace intercostal. dans toutes les régions mates les vibrations thoraciques sont abolies.

On ne perçoit ni respiration anormale ni bruits anormaux, il y a silence absolu.

Fréquemment en dehors de toute complication on perçoit des râles de congestion pulmonaire.

Quant aux frottements perçus, ils sont sous la dépendance de deux grandes causes, péricapnité exsudative qui a gagné le diaphragme mais aussi peut tenir à une pleurite exsudative, c'est peut-on dire le premier degré marquant l'évolution du kyste vers le thorax. Il faut toujours examiner les organes voisins de la poche et en premier lieu le foie, alors même qu'il n'y aurait pas de kyste développé

1. BERTHIER. In thèse Mortureux, p. 53. 1900.

dans le parenchyme de ce dernier organe ; trois cas peuvent se présenter, le foie est normal, c'est le cas le plus fréquent, mais il peut être hypertrophié comme dans les observations de DELBECQ, il est vrai que le kyste adhérerait à la face inférieure du lobe gauche, ou le foie tout entier est hypertrophié débordant de beaucoup les fausses côtes droites (VOLKMANN) (1), enfin, le foie tout en gardant à peu près son volume normal, pourrait être légèrement abaissé, entraîné en quelque sorte par le kyste.

L'estomac est normal ou dilaté.

L'intestin est comprimé ou refoulé à droite.

Le rein est presque toujours indemne

Les organes génitaux adhèrent dans les tumeurs volumineuses au pôle inférieur du kyste. Enfin le corps thyroïde a été trouvé hypertrophié une seule fois par FEHLEISEN.

Ces kystes ne se développent pas sans influencer l'état général, dans bien des observations on trouve rapportés l'anémie des sujets, leur affaiblissement progressif, qui, joints aux symptômes pulmonaires possibles dans un kyste du type supérieur peuvent faire croire à une tuberculose. Les digestions deviennent difficiles, les douleurs lombaires, les tiraillements épigastriques vont en s'accroissant, l'amaigrissement est de plus en plus marqué. Etant donnée l'amélioration rapide qui suit l'opération (que celle-ci soit l'ablation du kyste ou la splénectomie) il serait intéressant de voir les modifications survenues dans le

I. VOLKMANN. *Verhandlungen der Deutschen gesellschaft, fin chirurgie*, 1877.

sang, et surtout il est un point particulier important à étudier : est-ce que le kyste hydatique influe sur la physiologie de la rate et sur la fonction globulaire ?

M. SABRAZÈS de Bordeaux a constaté en général une légère leucocytose et un taux un peu élevé des éosinophiles. On sait en effet d'après la communication de cet auteur au Congrès tenu à Lille en 1899 que l'hématologie des kystes hydatiques doit *a priori* révéler une éosinophilie par analogie avec l'état du sang dans les cas de parasites animaux (vers intestinaux, trichnine). Cette règle, il faut bien le dire, n'est pas absolue ainsi que tendent à le démontrer de nouvelles recherches encore inédites que M. SABRAZÈS a bien voulu nous communiquer, et, chez un malade ayant non pas un kyste hydatique de la rate, mais du foie, le sang a été trouvé absolument normal. Malgré tout, pour nous en tenir aux faits connus jusqu'à ce jour, on peut conclure que le kyste hydatique s'accompagne en général d'éosinophilie. Chez l'un de ses opérés M. Pouchet d'Amiens a noté de l'éosinophilie, de même chez le malade dont nous rapportons l'histoire à l'observation II.

Telle est dans son ensemble la symptomatologie des kystes hydatiques de la rate.

COMPLICATIONS

Le kyste hydatique de la rate suppure (s'ouvre dans un *organe voisin* ou au dehors) ; **se généralise**. — Lorsque le kyste suppurait, dans presque tous les cas publiés autrefois, il fallait rechercher la cause dans une ponction faite pour éclairer le diagnostic. La température s'élève dès le soir même à 38°5, 39 degrés, des vomissements bilieux apparaissent, la peau est moite, la douleur au niveau du kyste devient pulsatile, lancinante, les téguments jusqu'alors souples, glissant facilement sur la tumeur peuvent devenir légèrement douloureux et œdémateux. Chez un autre malade au contraire, c'est à la suite d'une attaque de grippe que la tumeur jusqu'alors indolente devient sensible à la palpation, on reconnaît une résistance plus grande, la toux est pénible, il y a des vomissements, le thermomètre peut marquer 41 degrés et dans les observations de Casanova et Poulet on peut remarquer l'apparition de *l'urticaire* coïncidant avec la suppuration. Même dans les formes graves, la suppuration a pu être annoncée et compliquée de symptômes de néphrite, œdème plus ou moins accentué des membres inférieurs, albuminurie et diminution de la sécrétion urinaire. Autrefois cette suppuration était la grande com-

plication, et dans le cas de DUROZIEZ le malade mourait de pyohémie.

De nos jours si cette complication survient, il est rare qu'à elle seule elle suffise à amener une terminaison fatale, le kyste diagnostiqué ou non sera presque toujours opéré, nous pourrions prendre comme type le cas rapporté par Jonnesco au Congrès de Moscou (1897) où la poche liquide renfermait jusqu'à 3 litres de pus où il existait des adhérences multiples et cependant la guérison put être obtenue malgré la congestion pulmonaire qui suivit l'intervention.

Le kyste qui suppure peut se porter vers les organes voisins et surtout vers le diaphragme ; son évolution est très insidieuse, la température avoisine la normale et au début tout au moins on peut croire à une lésion pleuro-pulmonaire ; on n'entend pas le murmure vésiculaire, il n'y a ni souffle ni pectoriloquie aphone, mais si on veut examiner la rate, celle-ci est volumineuse et surtout la matité splénique se continue avec la matité pleurale, il n'y pas de zone sonore interposée, la surface de la rate est très sensible au toucher, le thermomètre marque de grandes oscillations variant entre 37° 8 et 40 degrés.

Dans une autre forme à laquelle peut se rapporter le cas de REBOUL (1) la suppuration est précédée par une augmentation de la tumeur, là encore la matité splénique se continue avec la matité thoracique. Si cette poche s'ouvre dans le poumon on a le tableau clinique habituel, douleur brusque, sensation de déchirure le malade suffoque devient violacé et au milieu d'une crise de suffocation rejette en

1. REBOUL. *Archives provinciales de chirurgie*, 1896.

une ou plusieurs vomiques un liquide verdâtre « rouge foncé » dans lequel on peut apercevoir des crochets d'hydatides.

Parfois une hémoptysie peut précéder la vomique ou bien la dyspnée s'accroît en quelques heures, présentant de légères accalmies. HERMANN (1) croit même que l'ouverture pleural est précédée de « violents accès d'étouffement, de quintes de toux avec crachements de sang et de rejet de mucosités séro-sanguinolentes, et l'auscultation de la poitrine ferait entendre de nombreux ronchus.

Enfin dans le cas relaté par M. QUÉNU (2) ou la suppuration se développa lentement, insidieusement sans grands symptômes, une ponction fit retirer deux litres de liquide absolument transparent et trois mois plus tard sans cause appréciable le malade fut pris de vomissements violents ; il tousse et évacue en même temps par les bronches une grande quantité de vésicules hydatiques. La fièvre apparaît et l'auscultation révèle les symptômes d'un pneumothorax.

La gangrène pulmonaire, la péricardite n'ont été que rarement notées.

L'ouverture du kyste suppuré dans l'intestin est la complication la plus fréquente après l'ouverture dans la plèvre. Elle se traduit par une véritable débâcle *mais le kyste diminue de moitié*. Les évacuations diarrhéiques sont d'intensité variable, on a pu même noter de la diarrhée incoercible et c'est ainsi que les malades s'affaiblissent de plus

1. HERMANN. *Vier Fall von Milzechinococcus*.

2. QUÉNU. *Bull. soc. chirurg.* Paris, 1889, p. 295.

en plus, prennent un aspect cachectique ; des matières liquides sont rejetées continuellement par l'anus parfois même il a été possible de retrouver des hydatides.

Cette variété avant son ouverture dans l'intestin peut se traduire par des accidents d'occlusion intestinale M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE nous en a communiqué une observation très nette. Enfin cette suppuration et l'ouverture intestinale peuvent se produire en dehors de toute élévation thermique sans symptômes fonctionnels, la preuve nous est donnée par plusieurs exemples : dont l'un communiqué par GÉRARD MARCHANT au Congrès de Chirurgie de 1901 est absolument caractéristique. La tumeur disparut après un malaise passager et une évacuation rectale, mélange de sang et de pus.

Dans une observation de HOPEGRAND rapportée par CRAS dans sa thèse inaugurale un malade expulsa après des souffrances assez vives une certaine quantité de membranes par le rectum en même temps que du pus à la fois par le rectum et l'urètre.

Dans un cas signalé par TRINKLER le kyste s'est ouvert à la fois dans le poumon et l'intestin, enfin la tumeur peut avoir trois ouvertures, l'une communique avec le côlon, la seconde est en communication avec le diaphragme et une poche pulmonaire, la troisième perfore les téguments abdominaux.

Le siège de la perforation des téguments est en réalité très variable, il est une forme sur laquelle nous voulons attirer l'attention. La suppuration peut s'ouvrir à la région postérieure (LAINÉ (1) ; dans des cas très rares à la vérité

1. LAINÉ, Th. de Paris, 1889, p. 82.

on a pu voir se développer un phlegmon gangreneux un peu en dehors de la masse sacro-lombaire, mais en réalité toute la partie antéro-latérale de l'abdomen peut être ulcérée (RUEHN) (1). Le malade succombe alors à des accidents de péritonite, de pleurite, et à l'autopsie on reconnaît une tumeur ovoïde, le kyste suppuré adhère à la paroi abdominale, au diaphragme, à l'estomac et au lobe gauche du foie, à l'épiploon, au côlon transverse. Ou bien encore un sujet se présente avec un anthrax situé à l'hypocondre gauche ou près du bord du carré des lombes et de cet anthrax incisé part une fistule traversant le muscle arrivant jusqu'à une poche kystique dépendant de la rate. Les observations, relatant cette ouverture possible d'un kyste à la région postérieure, manquent malheureusement de précision ; il aurait été intéressant de savoir quelle était l'importance du kyste et surtout son siège anatomique, on peut tout au plus émettre l'hypothèse qu'il s'agissait du kyste du type pancréatico-splénique étant arrivé aux téguments par la voie la plus directe.

Il nous reste à décrire, pour être aussi complet que possible, l'ouverture du kyste dans le péritoine et l'ouverture aux téguments.

Deux cas peuvent se présenter : le kyste est suppuré ou non. Dans la première variété la péritonite suraiguë est fatale ; on a pu trouver la péritonite circonscrite, mais il n'y a aucun fait saillant à retenir nous n'insisterons donc pas. La rupture de la poche non suppurée a pu suivre la ponction exploratrice, la température s'abaisse, la respiration

1. RUEHN. *Berl. klin. Woch.*, p. 630 cité par Trinkler.

est superficielle, le malade peut succomber. Dans les cas relativement bénins on a mentionné seulement une poussée d'urticaire surtout marquée au niveau des membres inférieurs et à la face antérieure des membres supérieurs disparaissant au bout de six, quatre et même deux jours, avec ou sans vomissement bilieux, mais ces épanchements de vésicules filles dans la cavité abdominale peut avoir entraîné une autre complication. Ces vésicules déversés dans la cavité abdominale peuvent être la cause de kystes hydatiques, se greffant sur le tablier épiploïque, sur le foie, sur la paroi vésicale (MAGDELAIN) (1).

La mort subite en dehors de toute rupture aurait pu survenir chez quelques sujets porteurs de kystes hydatiques.

M. SEVESTRE rappelle le cas d'un soldat « qui fut frappé de mort subite et apoplectiforme » au milieu des apparences de la santé ; l'examen de la poche ne révéla rien de particulier : le liquide était clair comme de l'eau de roche et MALASSEZ (2) ayant eu l'occasion de pratiquer la nécropsie ne trouva pas la moindre fissure.

Parfois au contraire, le kyste avait été soumis à des ponctions en général inutiles, la tumeur dans la suite avait atténué ses dimensions premières, mais tout semblait normal, pas d'élévation thermique, pas de suppuration et le malade meurt brusquement (ROMBEAU) (3). Il est vrai que le cœur est souvent trouvé déplacé.

1. MAGDELAIN. Th. de Paris, 1868, p. 37.

2. MALASSEZ. Soc. anat., 1877, p. 158.

3. ROMBEAU 1854. Comptes rendus de la Soc. biol. de Paris, p. 341.

L'ouverture dans le tissu cellulaire sous-cutané est rare, mais la greffe possible d'un kyste hydatique de la rate n'a pas été signalée tout au moins avant l'ouverture chirurgicale.

Il est des complications plus rares, l'ascite par exemple sans caractères spéciaux, les phénomènes nerveux, irritabilité, changement de caractère ou même comme chez le malade de TRINKLER l'hypocondrie avec idées de suicide.

Somme toutes, les deux grandes complications sont l'ouverture pleuro-pulmonaire et l'ouverture dans le tube digestif.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est difficile dans presque tous les cas, il faut d'abord rechercher quel est le siège exact de la tumeur.

La tumeur est à forme ascendante. — Dans cette variété le diagnostic est à faire surtout avec les affections du poumon et de la plèvre, mais dans l'épanchement pleural la lésion est tout entière thoracique, sans doute il peut y avoir disparition de l'espace de Traube, mais on ne constate rien dans la région de l'hypocondre gauche. Le kyste hydatique est toujours abdominal avant d'être thoracique, lorsqu'il atteint un pareil développement, il rejette en dehors les dernières côtes pour former une voussure saillante et comme l'a dit M. le professeur Dieulafoy « au cas d'épanchement pleural le thorax subit une dilatation générale perceptible à la vue et à la mensuration, mais pour déjeter le gril costal il faut autre chose qu'un épanchement » d'autant plus que si le kyste a refoulé le diaphragme on constate bien la matité mais on ne retrouve pas l'égophonie, la pectoriloquie aphone, le souffle aussi nets que dans la pleurésie,

Le cœur a pu être dévié dans les deux cas à droite du sternum, mais pour M. Dieulafoy, les deux mamelons restent sensiblement sur le même niveau, tandis qu'au cas de kyste hydatique il y a élévation manifeste de 4 ou 5 centimètres du mamelon gauche.

Dans le kyste la dyspnée est progressive et s'il existe des frottements pleuraux, ils sont localisés à la partie inférieure du thorax ; surtout la matité thoracique se continue nettement avec la matité abdominale ; mais encore on arrive à percevoir le kyste ; enfin il ne faudra jamais oublier de rechercher le signe de TRINKLER : impossibilité pour le sujet *atteint* de kyste hydatique de se placer dans *le décubitus latéral gauche* alors que dans la pleurésie le malade se couche de préférence sur *le côté malade*.

Le diagnostic différentiel avec une tumeur de la face inférieure du foie est très délicat, même impossible, surtout quand des adhérences secondaires se sont établies, si la tumeur s'est développée aux dépens du lobe gauche. MORTUREUX prit un kyste hydatique du foie pour un kyste de rate, M. BRAULT avait commis l'erreur inverse ; dans la première forme la tumeur occupait l'hypocondre gauche, il y avait du frémissement hydatique ; mentionnons les kystes du petit épiploon, du foie, ayant parfois en avant d'eux une zone sonore, facilement délimitable, répondant à l'estomac.

Evidemment si nous avons la sensation du frémissement hydatique le diagnostic serait probable, mais nous avons déjà suffisamment insisté au chapitre des symptômes pour ne pas avoir à revenir sur ce point.

Si le kyste est suppuré, on pourrait peut-être le confon-

dre avec l'abcès sous-phrénique, mais cette affection n'est qu'une complication d'affections gastriques, et se voit rarement à la suite de kyste hydatique de la rate.

Dans la forme descendante. — Le diagnostic est à faire avec toutes les tumeurs de la cavité abdominale, nous ne retiendrons que les formations kystiques. Dans le kyste pédicule, que nous avons observé il était impossible de reconnaître le point d'implantation exact.

Kystes du mésentère. — Ceux-ci peuvent coïncider avec des kystes de la rate et au point de vue fonctionnel, les symptômes se confondent souvent, les troubles dyspeptiques, les vomissements sont également fréquents, la constipation est la règle, mais le siège du kyste est bien distinct. La saillie se rencontre près de l'ombilic, souvent à droite de la ligne blanche, tandis que dans le kyste splénique, la tumeur ne dépasse la ligne médiane que dans les kystes très volumineux, presque exceptionnels ; le kyste est lisse, régulier, résistant, ovoïde à grand axe parallèle à celui du mésentère, très mobile dans le sens transversal ; la tumeur passe d'un côté à l'autre en avant du rachis, il y a loin de ce déplacement à la légère mobilité que l'on peut trouver dans le kyste de la rate. Le kyste du mésentère encore peu développé atteint le pubis dont il reste séparé par une bande sonore. Le kyste hydatique de la rate est en général loin de la symphyse *sauf les cas où la rate est mobile*. Enfin sur le bord supérieur du kyste on peut reconnaître la sonorité plus ou moins régulière du côlon transverse.

Les kystes de l'épiploon, peuvent être mobiles et offrir une bande sonore au-dessus du pubis, ils n'ont pas de sonorité antérieure. Notre malade présentait des kystes

multiples, les formations développées dans le grand épiploon étaient parfaitement mobiles.

Les kystes sanguins succèdent presque toujours au traumatisme, ils peuvent s'accompagner de signes généraux de l'hémorragie et de selles sanglantes.

Nous rappelons simplement pour mémoire, les lipomes du mésentère que BRAQUEHAYE (1) a pu voir pseudo-fluctuants ; le même auteur signale une observation de myxosarcome de mésentère, où il fut impossible d'assigner un siège à la tumeur, les uns penchant pour une tumeur dans une rate mobile, les autres croyant à un néoplasme du gros intestin.

Mais si, développée comme dans l'observation de PÉAN, la tumeur descend jusqu'au petit bassin, le diagnostic peut devenir particulièrement délicat d'autant plus que l'utérus paraît englobé dans la masse, sans doute il faut tenir grand compte du développement de la tumeur, de la marche qu'elle a suivie, si elle s'est développée de haut en bas on doit songer au point de départ splénique.

Le kyste de l'utérus est très rare comme l'a montré MERCADÉ.

Dans le cas personnel de Cras, on a fait le diagnostic de kyste du ligament large, car le toucher vaginal combiné à la palpation faisait reconnaître une tumeur arrondie, régulière, fluctuante, franchement unilatérale, accolée à l'utérus qu'elle immobilisait ; à vrai dire dans ces cas seule la laparotomie permettra de poser un diagnostic ferme. La ponc-

1. BRAQUEHAYE. *Archives générales de médecine*, 1892, p. 577.

tion loin d'éclairer le diagnostic ne pourrait être qu'un élément de confusion car le kyste du ligament large est souvent un kyste à liquide clair comme le kyste hydatique.

Les kystes de l'ovaire ont été éliminés et facilement reconnus dans la grande majorité des cas, les données classiques fournies par la palpation, la percussion, la matité à convexité dirigée vers le thorax sont des symptômes presque pathognomoniques. Le toucher vaginal permet d'atteindre et de sentir la tumeur dans l'un des culs-de-sacs lorsqu'elle est petite. Mais il est juste de reconnaître que si la tumeur était volumineuse, le toucher resterait sans résultat positif. Cependant M. le professeur *Segond* (1) reconnaît que chez certains sujets le diagnostic n'a pas été possible.

Si le kyste est du type postérieur (Pancréatico-splénique) ce sont surtout les affections du rein qui peuvent être confondues avec la tumeur mais « le ballottement comparable jusqu'à un certain degré au ballottement rénal n'est pas provoqué par la succussion de l'espace costo-vertébral, il est produit par des secousses imprimées par le doigt placé dans l'espace costo-iliaque ».

Le rein mobile sera éliminé parce que la rate mobile siège du kyste pourra toujours se reconnaître à son bord tranchant, enfin la tumeur rénale pourra être réduite dans la fosse lombaire et enfin l'entéroptose, la tendance au prolapsus de tous les organes est évidente.

Les kystes de la rate ont été souvent pris pour des kystes du rein et réciproquement, les deux affections peuvent

1. SEGOND. *Traité. Chirurg. Duplay et Reclus*, t. VIII, p. 377.

évoluer également d'une manière lente, mais le kyste rénal détermine des douleurs irradiées vers la crête iliaque, le testicule jusqu'au jour où il se rompt et où le malade rejette des hydatides au milieu de symptômes rappelant la colique néphrétique. Nous avons vu que le rein pouvait être luxé, comprimé par le kyste hydatique de la rate, mais qu'il n'y avait pas en général d'ouverture dans le bassin (un seul cas d'ouverture de kyste de la rate dans la vessie).

Le diagnostic avec l'hydronéphrose restera toujours un point délicat surtout quand tout phénomène urinaire fait défaut, si la tumeur formée par l'hydronéphrose est méconnue ; il serait alors bon de recourir au cathétérisme de l'uretère, et on pourrait éliminer cette affection rénale « si l'urine de la sonde placée dans un bassin et l'urine de l'autre rein, recueillie dans la vessie présentent une composition semblable » (ALBARRAN) (1).

Les affections du pancréas, qu'il s'agisse de tumeurs ou kystes, ne se développent pas au niveau de la queue de cet organe, M. HARTMANN y a reconnu le ballottement comme au cas de tumeur du rein, d'autre part, les signes d'insuffisance pancréatique, diarrhées, selles graisseuses n'ont jamais été signalées en clinique, tout au plus peut-on dire qu'au début la tumeur est recouverte par une zone sonore, car elle refoule l'estomac puisque plus tard elle s'abaisse pour faire saillie au niveau de l'ombilic, encadrée par le côlon.

Dans la forme antérieure (variété gastro-splénique). Le kyste pourra être plus facilement décelé, car on pourrait

1. ALBARRAN. *Traité Le Dentu et Delbet*, t. VIII, p. 800.

reconnaitre l'aspect de la rate, cependant notre collègue PETIT nous a communiqué une observation d'une malade opérée par M. GÉRARD-MARCHANT chez laquelle on avait porté le diagnostic de tumeur de la grande courbure, ce n'est qu'après la laparotomie que l'on reconnut un kyste de la rate qui n'était pas hydatique mais sero-sanguin. Nous relatons ce fait pour montrer la possibilité de confondre une tumeur de l'estomac et une affection développée au niveau de la rate.

Ayant ainsi éliminé toutes les affections causes possibles d'erreur et ayant bien déterminé le siège de la tumeur, il sera facile de dire quelle est la nature de l'affection, la fluctuation, le frémissement hydatique sont assurément les signes capitaux, nous avons suffisamment insisté précédemment sur ces points, la rate, dans tous ces cas de kystes, n'a pas sa surface régulière et est plus ou moins bosselée, déprimée. On devrait éliminer les différentes tumeurs de la rate : les douleurs seraient plus vives, irradiant vers le pli de l'aîne, avec œdème du scrotum, des grandes lèvres et des membres inférieurs. Le sarcome se développerait avec des phénomènes aigus, douloureux : l'angiome et le cancer de la rate sont à peu près impossibles à reconnaître avant l'intervention et l'examen histologique : dans un cas d'angiome que nous eûmes l'occasion de présenter à la Société anatomique de Paris (1903) notre maître, M. le Dr Ombrédanne, avait pensé à un kyste de la rate ; on trouvait à la surface de la tumeur quelques bosselures, pouvant en imposer pour des formations kystiques. Il est vrai qu'il reste comme moyen de diagnostic l'examen du sang. Notre maître, M. Tuffier, dans le rapport présenté au Congrès de

Chirurgie de 1904, a établi que l'on éliminait surtout la leucémie. « Il y a leucocytose extrême dépassant presque toujours 100.000, pouvant atteindre 500.000 à 600.000. » La splénomégalie avec cyanose chronique se traduit par une hyperglobulie pouvant atteindre 600.000 à 800.000. Le paludisme chronique répond à une inversion de la formule leucocytaire, il y a prédominance des mononucléaires sur les polynucléaires. Dans le kyste hydatique, le diagnostic avec la tuberculose splénique primitive et les abcès de la rate est en pratique à peu près impossible, quand il n'existe pas d'autres symptômes abdominaux-thoraciques ou articulaires de tuberculose.

TRAITEMENT

La méthode de traitement la plus simple est la ponction. Sans doute on a pu signaler quelques guérisons, mais combien faible est leur nombre en comparaison des accidents qui peuvent s'en suivre, FELHEISEN put guérir un kyste hydatique avec une seule ponction. LEPRÉVOST que nous avons déjà eu l'occasion de citer, guérit son malade à la suite d'une ponction blanche, mais à côté, ROSENSTEIN et SANGER, ponctionnent un sujet onze fois sans résultat, et on est obligé de recourir à l'incision ; dans le cas de GÉRIN ROZE, le liquide se reforme en vingt-quatre heures. M. SEVESTRE recommandait en 1883 de vider complètement le kyste avec l'appareil aspirateur et de condamner le malade au repos absolu, jusqu'au moment où on a lieu de penser que l'orifice fait à la paroi kystique est obturée. Malgré tout, ces auteurs sont obligés de reconnaître que la rate reste grosse après la guérison apparente. La ponction n'était du reste pas exempte de danger ; elle était suivie fréquemment de pneumonie, de pleurésie ayant entraîné la mort des sujets.

On voit par là que la ponction doit être éliminée surtout lorsque dans la suite on pourra être appelé à pratiquer une laparotomie, et comme la ponction est souvent

suivie en dehors de toute suppuration de poussée d'urticaire, d'élévation de température, il y a là autant de causes de retard à l'opération chirurgicale que l'on peut-être appelé à pratiquer. M. FÉVRIER au Congrès de Chirurgie de 1901 rapporte des cas de mort, mais indépendamment de ce fait, la ponction est un procédé aveugle, il peut exister à la surface du kyste une adhérence épiploïque, une veine peut-être lésée, et dans son rapport ce chirurgien cite une observation où la mort semble être le résultat de la perforation par le trocart de l'intestin adhérent à la rate.

La ponction est donc inefficace et dangereuse, VAN-VERTS en 1897 citait sur 31 cas de ponction simple :

17 récidives ;

7 morts ;

2 guérisons incomplètes

à opposer à 5 guérisons.

Nous devons reconnaître que dans toutes les observations publiées depuis cette époque, nous n'avons pas vu mentionnée la ponction comme moyen de diagnostic et de traitement ; et on ne peut guère parler de guérison. Quand la rate reste grosse, il peut s'être fait de la périsplénite, le kyste peut être impossible à percevoir et ce n'est qu'en se développant au bout d'un temps variable, de deux mois à cinq ans, que l'on reconnaît comme dans l'observation de M. DELENS (1) la tumeur aussi volumineuse qu'avant la première ponction.

1. DELENS. *Bull. et mémoires de la Soc. de Chirurg.*, 1889, p. 305.

Il est vrai que la ponction n'a été souvent que le premier temps d'une intervention plus complète.

Injectons antiseptiques. — On a préconisé les injections parasitocides, le sublimé, la teinture d'iode, la solution iodo-iodurée (RIBAUT) (1) à vrai dire ces méthodes sauf l'injection de sublimé sont un peu tombées dans l'oubli. BOULLY (2) s'était fait le défenseur de cette méthode pour laquelle il revendiquait le nom de « Méthode de Mesnard de Bordeaux » et à la même séance de la Société de Chirurgie de Paris M. le professeur Pozzi rappelait qu'il put voir disparaître à la suite d'injections de sublimé une tumeur diagnostiquée kyste de la rate.

INCISION ET MARSUPIALISATION. — Il y eut une longue période durant laquelle l'incision simple du kyste fut considérée comme le traitement de choix, malgré tout on cherchait à créer des adhérences. L'ancienne méthode dite de SIMON préconisait la ponction avec trocart à demeure, ou plus rarement on appliquait des caustiques. L'emploi de pâte de Vienne était fort en usage, mais nous devons reconnaître qu'en pratique il en était bien autrement, tout au moins en ce qui concerne le kyste hydatique de la rate et dans une seule observation publiée par GÉRIN ROZE, il y eut application de ce caustique et ouverture du kyste au thermocautère. Cette méthode n'a plus qu'un intérêt historique. Dans le cas de GÉRIN ROZE, la guérison survint, mais dans un cas de PÉAN la mort suivit. Le malade était

1. RIBAUT. Thèse, Toulouse, 1899.

2. BOULLY. *Bull. et mémoires de la Soc. de Chirurgie*, p. 789, 1892.

arrivé au dernier degré de la cachexie. Malgré tout, l'incision du kyste accuse encore une mortalité de 29 0/0 ce qui est un chiffre élevé pour la chirurgie actuelle (FÉVRIER). Mais cela ne doit pas nous étonner outre mesure. En effet, quand on parcourt les observations où l'incision simple fut pratiquée, on voit que dans presque tous les cas le kyste hydatique est suppuré et le point de départ de l'infection est la ponction exploratrice. Le malade dont REBOUL rapporte l'histoire dans les *Archives Provinciales de chirurgie*, avait été ponctionné, le malade mourut avec phénomènes méningitiques et l'autopsie révéla un kyste hydatique dans le ventricule latéral. Dans une observation inédite de la thèse de VANVERTS, le malade avait été ponctionné le 27 novembre 1894 et le 22 janvier suivant M. POIRIER faisant l'incision du kyste, trouva de nombreuses adhérences fixant la poche à la paroi abdominale antérieure et l'incision fit écouler un litre de pus.

Ce que l'on peut reprocher à l'incision simple, c'est de laisser une poche, voisine, ou enfin même le kyste peut être biloculaire, et si les deux poches sont réunies par un point retréci, on pourrait comme dans l'observation de CASANOVA et POULET enfoncer une pince dans la poche incisée, ouvrir la pince à moitié, la retirer, et pratiquer une injection antiseptique.

CHAINTE pense avec son maître OLLIER que le kyste fixé à la paroi doit être dilaté les jours suivants avec des lamineuses.

Souvent il persiste une fistule, pendant un mois, six mois, un an même enfin tous les intermédiaires peuvent se rencontrer, et nous avons pu lire qu'à la suite d'une

opération d'Albert une fistule longue de 26 centimètres avait persistée pendant dix-huit mois.

Les cas où l'incision a donné de bons résultats sont donc les cas de kyste unique, mais par la suppuration prolongée, par l'affaiblissement qu'elle entraîne, elle risque d'être une opération incomplète, d'autant plus que l'on n'est jamais assuré du nombre exact de kystes, dans une splénectomie (observation publiée par M. FÉVRIER), il existait un deuxième kyste à la face profonde de l'organe, VAUTRIN dans une observation communiquée au même chirurgien rapporte l'histoire d'une malade qui eut un kyste hydatique traité par la marsupialisation et un an après avait un nouveau kyste splénique dont l'incision donna issue à 200 grammes de liquide.

MARTYN-JORDAN (1) pense qu'on devra toujours rechercher la résection partielle : il est vrai que dans son étude sur la chirurgie conservatrice de la rate le chirurgien n'a que deux kystes traités par marsupialisation.

MABIT (2) est revenu récemment sur ce mode de traitement : « l'opération de Lindemann-Landau » c'est-à-dire incision directe suivie de la fixation des lèvres du kyste à la plaie abdominale qu'il considère comme le traitement de choix.

Pour cet auteur, si l'incision n'a pas toujours donné de bons résultats c'est qu'elle est appliquée presque toujours à des kystes suppurés et à une période où les règles antiseptiques étaient loin d'être rigoureuses. La méthode

1. MARTYN JORDAN : *The Lancet*, 1898, p. 208.

2. MABIT : *Rev. chirurg.* p. 587, 1905.

de Bond pourrait donner de bons résultats, ce chirurgien ne l'a employée que deux fois dans les cas de kyste de la rate, en effet cet auteur eut bien l'occasion d'observer trois kystes hydatiques spléniques, mais dans un cas il eut recours à la marsupialisation, la suppuration dura cinq mois, c'est ce qui le décida à employer pour les kystes de la rate le procédé sus-indiqué. On ponctionne donc le kyste et après l'avoir vidé aussi complètement que possible on s'assure qu'il ne reste plus d'hydatides, ce qui se reconnaît si le liquide s'écoulant par le trocart a une teinte rosée ; la membrane adventice est alors largement ouverte, la vésicule mère est extraite, la cavité périkystique est asséchée aussi soigneusement que possible, « on résèque les parties qui peuvent être retranchées, on suture la poche en essayant de diminuer autant que possible la cavité par l'inversion des bords de l'incision au moyen de sutures analogues aux points de Lembert, on abandonne le tout dans la cavité abdominale et on pratique la suture complète et sans drainage de toute la partie opératoire. »

Mais si MABIT a pu voir des hémorragies à la suite de l'opération pratiquée pour kyste du foie, il n'a noté aucune suite opératoire chez les deux malades ayant des kystes hydatiques de la rate, Sans doute à la suite de deux interventions on n'est pas en droit de poser des conclusions fermes, mais le procédé mérite d'être retenu.

Il est certain que ce sont les kystes superficiels qui sont justifiables de ce traitement.

L'hémorragie se produit rarement. Il est bien évident que les kystes hydatiques de la rate marsupialisés, incisés ou traités par la méthode de BOND MABIT, seront suturés avec

la plus grande précaution, le tissu splénique saigne au moindre attouchement et souvent la splénectomie pourrait terminer une opération commencée dans le but de pratiquer une simple incision.

LE CAPITONNAGE a été pratiqué une seule fois par M. Pierre DELBET (1) pour kyste de la rate, du moins nous n'avons retrouvé que cette observation, faite suivant la technique de cet auteur. M. FÉVRIER dit que cette incision sans drainage pourrait être appliquée au kyste non suppuré mais tout au plus peut-on appliquer la méthode aux kystes de la rate d'après les données fournies pour les kystes hydatiques du foie.

Le kyste splénique étant très souvent suppuré, les parois étant calcifiées, le kyste pouvant être à type ascendant ou pancréatico-splénique le capitonnage deviendrait une opération difficile surtout lorsque des adhérences en dehors de toute suppuration fixent la rate aux organes voisins. Mais le tissu splénique saigne facilement. Ce procédé peut exposer aux hémorragies lors du passage de l'aiguille dans le parenchyme qui avoisine le kyste.

L'EXTIRPATION DU KYSTE serait la méthode idéale, mais nous avons vu combien le kyste pédiculé était rare, sans doute, par son siège le kyste est juxta-splénique, mais ce pédicule est adhérent à la rate, pouvant même déprimer le parenchyme ; justement c'est dans cette continuation du pédicule et de l'enveloppe splénique qu'il nous faut voir la preuve que le kyste se rattache bien à la rate ; il nous a été possible de parcourir des observations de tumeurs développées dans les rates supplémentaires ; mais nous ne connaissons pas d'exemple de kyste développé dans une

1. Thèse de Baraduc. Paris, 1898.

rate supplémentaire. L'hémorragie n'est pas à redouter et ce n'est pas la présence de quelques veinules appartenant plutôt à la zone péri-kystique qui pourraient être un obstacle à l'extirpation.

Lorsque le kyste est *profond* ou *menacé d'extériorisation*, recouvert encore par une coque de parenchyme splénique, il en résulte une hémorragie comme dans le cas de THOMAS (1) et la mort survient immédiatement.

SNÉGUIREW (2) put inciser le parenchyme splénique sans qu'il y eut écoulement de sang après avoir amené le ratatinement du tissu de la rate par un jet de vapeur, mais après l'énucléation du kyste, il survint une hémorragie qui put être encore arrêtée par la vapeur d'eau chaude, le chirurgien se rendit alors compte qu'il existait un autre kyste près du hile, il y eut plaie de la splénique. Dans ce troisième temps, on recourut encore à l'action de la vapeur d'eau chaude, l'artère splénique fut « cuite et thrombosée ».

La splénectomie fut enfin pratiquée, nous avons voulu rappeler les différents incidents des traitements précédents pour montrer quels risques on courait en pratiquant l'énucléation ; la splénectomie reste donc l'opération de choix.

La *splénectomie*, assure la guérison rapide et radicale, on évite surtout avec elle de laisser un autre kyste qui passe inaperçu, or, jamais on n'a pu assurer que le kyste est unique et comme le disait JONNESCO au Congrès de Moscou en 1897 « la rate dans laquelle se sont développés un ou plusieurs kystes hydatiques, ne joue probablement pas un rôle physiologique de premier ordre ».

1. THOMAS. *Aust. med. j.* 1899, cité thèse Vanverts.

2. SNEGNIREW, *Sem. med.*, 1896, p. 78.

Rappelons les statistiques de JORDAN, quinze guérisons pour dix-sept opérés de kystes hydatiques, et les travaux de ALMECIDA (1) qui n'eut qu'un insuccès dans la splénectomie pour hydatides.

Dans les cas où la splénectomie a donné de mauvais résultats, il s'agissait de malades anémiés, ayant un kyste suppuré, ou qui avaient subi une longue intervention. Le malade de M. LE DENTU avait déjà subi une marsupialisation de kyste hydatique du foie, le sujet perdit beaucoup de sang, dans un cas de DURANTE, l'anesthésie fut faite à l'éther et le malade mourut au bout de six jours, sans phénomènes péritonéaux, avec une température élevée, l'autopsie ne put être pratiquée, nous ne savons donc point si la splénectomie peut être incriminée.

Sans doute la rate est un organe profond remontant même dans les cas pathologiques jusqu'aux troisième et quatrième espaces intercostaux, il peut y avoir de véritables ligaments phréno-spléniques ou spléno-pariétal ou spléno-colique fixant l'organe qui peut être friable ; mais malgré toutes ces complications s'il n'y a pas suppuration, la splénectomie doit toujours être tentée en ayant soin dès le début de placer un fil ou une pince sur le pédicule splénique, dut-on même lier la queue du pancréas, comme le fait s'est produit dans des splénectomies pour tumeurs.

Nous n'avons pas à insister sur les procédés opératoires, mais Villar dans une note écrite qu'il nous a communiquée pense que l'incision sous-costale gauche peut donner un plus grand jour que l'incision médiane, et doit être préférée à celle-ci.

1. ALMECIDA. *Brazil méd.* Rio de Janeiro, 1904, p. 446.

Reste à envisager le traitement des complications.

Le kyste suppure évoluant vers le diaphragme, les malades ressentent les symptômes de pneumothorax, il faut à l'exemple de M. QUÉNU ouvrir largement, réséquer une, deux côtes, découvrir la cavité, drainer. Dans les observations de QUÉNU et de REBOUL, de CRAS, aucun fait saillant n'est à retenir, on fit la thoracotomie ; la neuvième côte, comme dans l'opération de M. QUÉNU, fut réséquée, on reconnut une première poche sus-diaphragmatique, puis une deuxième cavité qui appartenait à la rate fut ensuite reconnue, on y retrouvait le parenchyme de la rate, on fait un lavage antiseptique et l'on draine.

Nous croyons que rien n'a été publié sur le traitement des complications abdominales, compressions intestinales ; le traitement le plus simple consisterait à ouvrir et à faire : si la poche n'est pas vidée l'incision et la marsupialisation, si la poche est ouverte dans l'intestin, peut-être serait-ce là un mode de guérison comme le fait a été noté pour les kystes du foie. Quant à l'ouverture intra-péritonéale seule la laparotomie faite le plus près possible du début des accidents pourrait sauver le malade, il n'existe pas d'exemple se rapportant à cette complication qui du reste a toujours été trouvée seulement à l'autopsie.

Si le kyste s'ouvre aux téguments, il n'y a qu'une seule règle de conduite à tenir : laver et drainer la poche, marsupialiser. Il ne nous a pas été donné de retrouver dans le traitement des hydatides de la rate, l'emploi du formolage, tel que le préconise M. le professeur Quénu pour les kystes hépatiques : il semble cependant que cette technique soit entièrement applicable aux kystes spléniques.

OBSERVATIONS SUR KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE

Nous ne reproduirons pas toutes les observations que nous avons déjà eu l'occasion de signaler dans le cours de cette étude, ce serait là, faire une redite qui nous semble inutile. Mais cependant nous ferons exception pour certains faits ayant trait aux complications de kystes qui doivent être rapportés intégralement, car ce sont les formes principales dont les modalités cliniques, envisagées dans les pages précédentes, pourront se rapprocher plus ou moins.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

*Kyste pédiculé de la rate diagnostiqué : kyste de l'épiploon
ou du mésentère*

Marie J..., âgée de vingt-trois ans.

Entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, 2 juin 1902.

La malade accuse des troubles gastriques, surtout marqués depuis un mois, pour lesquels elle s'est présentée à la consultation de médecine, ces troubles sont assez accentués puisque la malade, domestique, a été obligée de cesser ses occupations, elle dit même que souvent les douleurs étaient assez vives pour l'obliger à se coucher après les repas.

Antécédents. — Rien de particulier.

Malade réglée à quatorze ans

Accouchement normal à vingt ans.

A l'examen de l'abdomen, à gauche de la ligne médiane à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic on voit une saillie apparaissant au-dessous des fausses côtes gauches soulevant les téguments. Les téguments n'ont aucun contact avec elle, se déplacent aisément.

La palpation est très sensible mais ne détermine pas de dou-

leur véritable, la percussion donne une zone mate, arrondie, entourée de zone sonore, en dedans de cette surface on reconnaît l'estomac peut-être légèrement dilaté, on ne trouve pas de sensation de flot ni fluctuation, la poche est manifestement tendue. Elle peut être déplacée dans le sens transversal, mais n'atteint pas cependant la ligne médiane. Le déplacement dans le sens vertical est un peu plus marqué et on peut voir la tumeur suivre les mouvements respiratoires. Ce symptôme fit songer à un kyste de la rate, mais on abandonna ce diagnostic car la tumeur était mobile, la rate semblait normale à la percussion et on songea à un kyste de l'épiploon ou du mésentère, peut-être à une tuberculose (?), à un ulcère avec périgastrite.

Les symptômes fonctionnels sont donc réduits à des troubles gastriques.

Laparotomie à gauche de la ligne médiane, l'épiploon recouvre la face antérieure, le kyste est facilement amené. La tumeur est contournée, elle n'adhère pas, elle est luxée hors de l'abdomen.

On sent facilement le pédicule (voir anat. patholog).

M. Championnière en reconnaît le point d'implantation sur la face interne de la rate qui semble normale, le pédicule est composé de tissu conjonctif fibreux blanchâtre.

Ligature facile au catgut, au point d'implantation.

Drainage, suites opératoires normales, pas d'élévation de température. Malade sort guérie le vingt-troisième jour.

OBSERVATION II (Personnelle)

Quatre kystes hydatiques de la rate *Cinq kystes hydatiques du grand épiploon*

Georges D..., trente-six ans, garçon de café.

Entré à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Brissaud le 6 juillet 1902 avec le diagnostic cirrhose (?) porté par un médecin de la ville ; on reconnaît le frémissement hydatique par l'examen de l'abdomen.

Le malade est passé salle Saint-Côme dans le service de M. Championnière.

Le sujet très amaigri a été obligé de cesser tout travail depuis quatre mois, l'abdomen a augmenté de volume, l'appétit a disparu, la diarrhée s'est installée d'une manière permanente, le facies du sujet est tel qu'à première vue, sans avoir pratiquée la palpation de l'abdomen on pourrait croire à une péritonite tuberculeuse.

Les téguments de l'abdomen sont tendus, peu de circulation veineuse supplémentaire, ombilic normal.

Palpation douloureuse dans les régions iliaques, le foie est normal, sur la ligne médiane, à droite et à gauche de cette ligne, on reconnaît la tumeur arrondie, où l'on sent nettement le frémissement hydatique. Les tumeurs sont parfaitement mobilisables, la rate est augmentée de volume, mais on ne porte pas le diagnostic de kyste hydatique de la rate.

Appareil respiratoire.— Aucun symptôme.

Albuminurie très légère.

Examen du sang par M. Bruandet. Globules rouges en proportion normale.

Eosinophilie accentuée.

En résumé on a la notion de kystes hydatiques multiples probablement développés dans le grand épiploon.

Laparotomie le 11 juillet 1902.

On pratique une incision médiane, on trouve cinq kystes hydatiques développés dans le grand épiploon, l'extirpation fut relativement facile, sauf pour le kyste supérieur siégeant près de la grande courbure, car il fallut pratiquer une ligature sur une branche de la veine gastro-épiploïque saignant abondamment.

On fait ensuite l'exploration de l'abdomen, le foie est sain, mais la rate de volume normal présente trois kystes sur la face extérieure, un sur la face profonde. M. Championnière fait la splénectomie.

L'organe est facilement enlevé sans hémorragie importante.

La durée de l'opération a été de quarante minutes.

Injection de sérum.

Le soir la température est de 37°8.

Le pouls est à 100 environ.

Le malade meurt dans la nuit du 11 au 12 juillet.

Autopsie. — Ne révèle rien du côté de l'abdomen, à l'intérieur de la cage thoracique on trouve un petit kyste implanté sur la face interne des septième et huitième côtes droites.

Rien au cerveau.

Le malade est vraisemblablement mort de shock.

OBSERVATION III (Inédite)

(Due à l'obligeance de notre collègue Raymond
interne de M. Guinard).

Kyste hydatique de la rate

B. D.,... quarante huit ans, plumassière.

Le diagnostic du siège avait été fait en clinique grâce à l'insufflation de l'estomac qui refoulait la tumeur à gauche loin du foie. Une ponction capillaire donne un liquide hydatique. Urticaire une demi-heure après. Violent traumatisme épigastrique par un dossier de chaise auparavant. Petit chien chez une de ses sœurs. Le 30 novembre 1907 incision oblique à gauche suivant le bord externe du muscle droit allant de deux travers de doigt au dessus des fausses côtes gauches, à la hauteur de l'ombilic. On voit tout de suite que c'est la rate qui est en jeu tout à fait à gauche de l'estomac. Voyant qu'on peut faire le tour par en haut du vaste dôme splénique on se décide à faire l'extirpation de la rate. Mais avant on ponctionne la poche ; on extrait trois quarts de litre de liquide très clair. Malheureusement quand on veut détacher la rate à sa partie postérieure et supérieure de la voûte diaphragmatique, on a les plus grandes difficultés, on déchire le diaphragme, il se produit un pneumothorax bruyant : on déchire aussi la poche qui est mince par place et il s'écoule un peu de liquide resté dans la cavité kystique. Avec plusieurs points de catgut on essaie sans y parvenir convenablement d'aveugler les orifices diaphragmatiques où l'air entre dans

la plèvre ; après avoir lié le pédicule splénique on bourre de gaze la concavité du diaphragme, on met un gros drain. La malade n'a été à aucun moment incommodée par le pneumothorax. La rate est complètement désorganisée, il reste à peine à la partie inférieure un centimètre d'épaisseur de tissu splénique sur une longueur de 7 à 8 centimètres et sur une largeur de centimètres. Tout le reste de la tumeur enlevée est constitué par une portion mince qu'on dut sculpter avec des ciseaux sur la face inférieure des diaphragme. Mort dans la nuit qui suit l'opération.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. Pauchet d'Amiens)

Il y a quatre ans M. Pauchet vit un homme de trente-huit ans porteur dans le flanc gauche d'une tumeur grosse comme une tête d'adulte. Le diagnostic posé par le médecin était tumeur du rein. Le cathétérisme de l'uretère associé au bleu de méthylène montra que les deux reins étaient également bons. L'examen du sang fit découvrir de l'éosinophilie. M. Pauchet porta le diagnostic de kyste hydatique de la rate : on pratiqua une incision paracostale et on enleva très facilement un kyste à cavité unique et à membrane hydatide. La guérison survint sans encombre. M. Pauchet ajoute :

« J'ai fait une contre-ouverture lombaire pour le drain. J'ai revu l'opéré, il y a deux ans : il travaillait beaucoup et se portait fort bien. Le kyste n'avait détruit que la moitié de la rate. J'ai essayé de faire la splénectomie partielle, mais le suintement fut tel que je dus faire une extirpation totale. L'intervention fut très simple. Un examen du sang pratiqué trois semaines plus tard ne décéla plus l'éosinophilie ».

OBSERVATION V (Inédite)

(Prise par M. Vouzelle dans le service du Dr Just Lucas-Championnière à Beaujon (1897)

Le 14 juin 1897 entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Championnière, un homme de trente-cinq ans P. B. venant des colonies.

Antécédents. — Rien de particulier jusqu'à la vingtième année. En 1895 le malade a été soigné pour une pleurésie gauche.

Après une période durant laquelle sa santé a été satisfaisante, il a présenté de la gêne respiratoire, il a considérablement maigri. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire à même été porté par un médecin de la ville, des pointes de feu ont été appliquées sur le côté gauche du thorax.

En 1896 le malade dit avoir ressenti des « battements dans le côté gauche, nous lui fîmes préciser le siège exact et l'on voit que cette douleur répondait à la ligne mamillaire prolongée jusqu'au niveau de l'hypocondre. La douleur n'était pas constante, mais depuis quatre mois (février 1897) à la suite d'un refroidissement, dit le malade, la douleur ne fait que s'accroître ; étant allé à la consultation externe de l'hôpital Beaujon, M. Lyot, assistant de consultation, par la palpation reconnut une tumeur et conseilla au malade de rentrer dans un service de chirurgie. A l'examen clinique le sujet est amaigri, les pommettes sont saillantes, le thorax est saillant, les téguments ont la teinte jaune habituelle chez les coloniaux.

Appareil respiratoire. — A l'auscultation du thorax, aucun signe de tuberculose pulmonaire, à la base de la cage thoracique, légère matité à la partie postérieure, le sujet ne tousse pas, aucune expectoration.

Appareil digestif. — Langue normale, appétit à peu près conservé, constipation, hémorroïdes. Foie semble normal : ni atrophie ni hypertrophie. Fosses iliaques ne révèlent aucun signe pouvant attirer l'attention sur l'appendice vermiculaire ou sur le segment terminal de l'intestin ; à l'hypocondre gauche, il semble en examinant le sujet couché, de profil, qu'il y ait un léger soulèvement suivant les mouvements respiratoires.

Palpation révèle une surface dure à peu près régulière, dont on ne peut fixer les rapports car elle disparaît sous la face profonde des neuvième et dixième côtes. Cette palpation n'est pas sensible, sauf vers le pôle supérieur, la limite inférieure répond à peu près à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; le sujet examiné debout, la tumeur ne s'abaisse pas, fluctuation peu nette à la percussion matite qui n'atteint pas l'épigastre où l'on reconnaît la poche gastrique.

Température 37°6.

Les jours suivants température normale.

Le diagnostic est ou tumeur de la rate, ou kyste hydatique sans que l'on puisse préciser d'avantage.

Le 25 juin 1897, *laparotomie*, incision verticale médiane, immédiatement sous le feuillet pariétal de la séreuse, on voit la tumeur régulière qui du reste adhère à ce feuillet, on incise couche par couche. La poche est plus fluctuante que ne le ferait croire l'examen avant l'intervention.

Elle est saisie avec deux pinces clans et incisée.

Un liquide clair s'écoule et il y a beaucoup de vésicules filles.

La poche est rattachée à la rate.

Par crainte de déchirure de la rate et pour éviter une splénectomie chez un sujet anémié, la paroi kystique est suturée à la paroi abdominale.

Drainage, lavage phéniqué.

Malade garde une fistule jusqu'en octobre.

Mais il y a amélioration de l'état général et augmentation de poids.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Due à l'obligeance de MM. Tuffier et Mauté.)

Madeleine V... vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Robin le 17 juillet 1905. On reconnaît une tumeur de l'hypocondre gauche, l'état général est grave, dyspnée, vomissements, la température est de 38°7 le matin 39 degrés le soir.

Depuis trois mois, amaigrissement, état anémique très accentué, la tumeur de l'hypocondre semble correspondre à la rate. M. Claret interne de M. Robin pratique une ponction à ce niveau. La ponction ramène un liquide louche, on porte le diagnostic de kyste hydatique de la rate.

Le 22 juillet 1905, la malade est passée dans le service de M. Tuffier, salle Jarjavay, lit n° 8, on décide l'intervention immédiate. Après laparatomie, on trouve un kyste hydatique de la rate ; la splénectomie ne fut pas faite. Marsupialisation.

La malade mourut dans la nuit qui suivit l'opération.

M. Mauté ayant eu l'obligeance de nous montrer la pièce

nous avons pu voir qu'il s'agissait d'un kyste vraisemblablement profond au début, s'étant développé vers la périphérie en dissociant le parenchyme splénique. La rate *était remplacée par une vaste caverne, la coque parenchymateuse n'avait plus que 1 cm. 1/2 d'épaisseur environ*, l'autopsie faite par M. Mauté montra que ce kyste était unique.

OBSERVATION VII (Inédite).

Kyste hydatique probable

(Cas communiqué et dû à l'obligeance de M. Monprofit d'Angers.)

Une jeune femme portait dans la région gauche de l'abdomen une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte ; cette tumeur fut diagnostiquée par le médecin traitant et par M. Monprofit. Kyste hydatique de la rate. L'intervention fut proposée mais momentanément différée. Quelques jours après douleur brusque dans le ventre : disparition de la tumeur, gonflement de l'abdomen ; *apparition subite d'urticaire* sur toute la surface du corps et mort en quelques instants. Il n'y a eu ici ni intervention, ni nécropsie, mais « l'observation clinique et ces accidents terminaux avec urticaire permettent de croire qu'il s'agissait bien d'un kyste hydatique de la rate. »

OBSERVATION VIII

(*Indersen de hydatibus dissertation inaug. Goettingen, 1820.*)

Homme, quarante ans.

Autopsie. — Le sujet était hydropique, sa rate se trouva

transformée en une poche énorme contenant une grande quantité de vésicules hydatiques, dont la plus grande était grosse comme un citron et pèse trois onces tandis que la plus petite est comme une graine de moutarde.

OBSERVATION IX

(Barret. — *Bullet. Soc., anat.*, Paris 1828, p. 341.)

Acéphalocystes de la rate et du bassin.

Vers la fin de 1827 la malade a eu une péritonite chronique dont elle a guéri complètement.

La malade meurt quelque temps après.

L'autopsie découvre un énorme kyste splénique rempli de vésicules et pénétrant entre l'utérus et le rectum.

OBSERVATION X

(G. Grand d'Aix. — *Gazette des Hôpitaux*, p. 100, 1850).

Ponction probante, incision, caustiques d'après Recamier.

Enorme kyste de la rate ; ouverture du kyste par incision des couches superficielles et cautérisation, à l'intérieur. Péritonite à la suite de la dépression subite du kyste qui adhéra au tissu splénique et de l'infection de la cavité abdominale. A la micropisie on trouve un kyste hydatique du poumon et une autre formation incluse dans le ligament large.

OBSERVATION XI

(Broca. — *Bulletin Société anat.*, XXVII, p. 273, 1852.)

! *Kyste hydatique intra-splénique*

Autopsie. — Un kyste hydatique développé à l'intérieur de la rate, les tentatives faites pour énucléer la poche ne réussirent pas; le kyste avait envahi tout l'oyone, qui était réduit à une coque de 1/2 centimètre d'épaisseur.

OBSERVATION XII

(Günsburg. — *Haeser's archiv. für die ges. Medicine.*

Bd 7, p. 102, 1852.)

Autopsie. — On trouve sur la surface antérieure de la rate, dont le tissu est compact et rouge clair, un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon; il est divisé en plusieurs compartiments par des cloisons disposées en éventail. La capsule qui entoure le kyste est composée de plusieurs feuillets concentriques qui forment une espèce de coquille; elle contient des cristaux de forme rhomboïdale (?).

OBSERVATION XIII

(Duboué. — *Soc. anat.*, mai 1856, p. 155).

Kyste hydatique

Autopsie. — La rate présente une tumeur du volume du poing surajoutée à la partie supérieure de sa face profonde.

A la palpation grande résistance.

Néanmoins ses parois se laissent affaïsser. Frémissement hydatique.

Liquide diaphane, de couleur argentine. Foule d'hydatides à l'intérieur du kyste, membrane assez épaisse, roulée sur elle-même, à demi transparente de consistance mollassse.

Parois d'inégale épaisseur, atteignent en certains points 0 m. 002 ou 0 m. 003 tandis que dans d'autres elles n'ont pas 0 m. 001 d'épaisseur.

Le tissu qui les forme est dense, fibro-cartilagineux.

OBSERVATION XIV

(Lebert et Berger. — Berlin.)

(Cités par Trinkler.)

Femme de vingt-trois ans.

Ponction 400 grammes liquide incolore, opalescent ne contenant pas d'albumine.

Durée maladie trois ans. Guérison par simple ponction.

OBSERVATION XV

(Hamilton. — *Journal de Dublin*,

Aug. and nov., p. 236, 238, 1868.)

Large hydatid, tumour in the abdomen

Femme, âgée de trente-huit ans.

La malade présente une énorme tumeur abdominale, l'examen des poumons donnent la preuve qu'elle est phthisique. Au

bout de quelques jours, elle meurt à l'hôpital, sans intervention.

L'autopsie découvrait une tumeur adhérente à l'épiploon, aux parois abdominales, au diaphragme, à l'estomac, au côlon et au foie par de larges membranes qui se déchirèrent lorsque la tumeur fut extraite. Cette dernière adhérait à la rate par sa surface intérieure. Lorsqu'on ouvrit la poche, il en sortit une grande quantité de liquide transparent comme de l'eau, mélangé de vésicules hydatiques, dont la grosseur variait d'un pois à celle d'une pomme. La paroi kystique se confond avec la membrane capsulaire de la rate, sans adhérences intermédiaires.

Le tissu splénique est succulent au toucher, mais sa couleur est plus pâle qu'à l'ordinaire.

OBSERVATION XVI

(Schrotter. — *Oest. Med. Jahrb.* Bd., XIX p. 220.)

La malade a quarante-six ans, on pratique une ponction, il sort une petite quantité de liquide dans lequel on découvre des crochets peu de temps après la ponction, le malade a des frissons et des gastralgies persistantes, au bout de quelque temps on pratique une seconde ponction : il sort 400 centimètres cubes d'un liquide trouble, rouge-jaunâtre ; on injecte dans la poche un mélange de teinture d'iode et d'eau (1 : 4) ; deux mois plus tard on évacue encore 650 centimètres cubes de liquide et on injecte une solution plus forte de teinture d'iode (teinture d'iode et eau distillée à à.)

Le kyste se rétrécit complètement et assez rapidement, et le malade quitte l'hôpital trois semaines après son entrée, dans un état de parfaite santé.

OBSERVATION XVII

(Koblberg. — *Inaug. Diss. Berlin echinococcus hepatis et lienis*, extrait de *Virchow et Hersch's Jahresb.* Bd. II, p. 168, 1873.)

Femme de trente-neuf ans.

La malade, blanchisseuse de son état, remarque depuis trois ans, une tuméfaction rapidement croissante à son flanc gauche. on ponctionne la tumeur sans obtenir de liquide : sur le trocart, il reste une goutte brunâtre ressemblant à du sirop grumeleux.

A l'examen on y découvre de crochets, l'auteur pense qu'il s'agissait d'un kyste pétrifié.

OBSERVATION XVIII

(Rosenstein und Sängcr. — *Berl. Klin. Woch.*, 1873, X, 229.)

Une femme de trente-sept ans, depuis deux ans et demi environ souffre de douleurs dans le côté gauche et s'aperçoit depuis un an de l'existence d'une tumeur à l'endroit douloureux. La matité de la rate commence à la neuvième côte et descend au-dessous du rebord costal. Tumeur manifestement fluctuante, à première vue, d'après la forme et la position de la tumeur on pensa à de l'hydronéphrose. Mais ce diagnostic fut rejeté, parce que la région lombaire et tout le côté gauche ne

présentaient rien d'anormal ; de plus il n'y avait aucun trouble de diurèse.

On pensa alors à un kyste hydatique, pour s'en rendre compte, on fit une ponction exploratrice qui amena un liquide clair comme de l'eau, lequel donna un précipité floconneux avec l'acide azotique ; son poids spécifique était 1.007. En présence de phénomènes douloureux persistants, et à la suite de ponctions répétées, une intervention radicale fut décidée.

Laparotomie, incision oblique de 12 centimètres de longueur, allant du milieu du bord costal gauche à l'ombilic ; dissection à la sonde cannelée des muscles obliques et transverses, marsu-pialisation du kyste par suture à la paroi abdominale, on trouva dans le kyste des petites vésicules de la grosseur d'une noisette ; ces vésicules renfermaient des scoliés ou de leurs éléments. D'après l'examen microscopique, il est hors de doute que l'on se trouvait en présence d'un kyste à échinocoque stérile, ce que l'on appelle un acéphalocyste, au sens de Laënnec.

Au bout de trois semaines, la plaie était complètement fermée, et la malade guérit.

OBSERVATION XIX

(Ruehn. — *Berl. Klin. Woch.*, n° 13, p. 630 (Ein-Feill-von Lieneschinococcus, mit. diagnostischen, Bermerkungen.)

Le malade âgé de cinquante-sept ans, succombe à une pleurite, aggravée d'une péritonite, on trouve à l'autopsie une tumeur ovide de grosseur exceptionnelle, qui remplit tout l'hypocondre gauche et dépasse, à droite, la ligne médiane.

Il existe beaucoup d'anciennes adhérences avec la paroi abdo-

nale antérieure, la moitié gauche du diaphragme, l'estomac, le lobe gauche du foie, l'épiploon, le côlon transverse, le pancréas et le rein gauche, la rate est disposée sur la surface antérieure, de la tumeur, à laquelle elle adhère étroitement. La poche qui a 37 centimètres de long sur 19 de large, contient du liquide et des vésicules hydatiques, dont la grosseur varie de celle d'un pois à celle d'un œuf de pigeon.

OBSERVATION XX

(Allessandri. *Il Racoglitare med.*, Agosto., p. 118, 11878.)

Echinocoques de la rate avec pyo-thorax gauche au cours de l'opération. — Guérison.

Le diagnostic fut posé avant l'intervention, le malade âgé de trente-deux ans est domestique, une ponction fut cause de la suppuration du contenu de la poche kystique, cette dernière occupe tout l'hypocondre gauche. On ouvre la poche et on suture les bords de l'incision au péritoine. Injection de teinture d'iode dans l'intérieur du kyste.

Complication : pyothorax du poumon gauche, ce qui nécessite une incision de la lèvre.

Cicatrisation de la plaie et guérison au bout de six à sept mois.

OBSERVATION XXI

(Savage. — *Soc. anat.*, 1879.)

On trouve à l'autopsie des kystes hydatiques multiples au niveau de la rate.

Rien pendant la vie n'avait permis de diagnostiquer cette lésion.

OBSERVATION XXII

(Allessandri. *Giorn. internaz. d. soc. med.*

Napoli, 1880 t., p. 247.)

Un homme de trente-cinq ans souffre depuis une douzaine d'années d'une forte douleur sous le bord costal gauche; tuméfaction au niveau de la rate qui est hypertrophiée. La tumeur déborde la ligne médiane d'environ trois centimètres; elle transmet légèrement à la main les pulsations de l'aorte sous-jacente. Fluctuation, frémissement hydatique impossible à réaliser. Ponction. L'examen microscopique du liquide permet de reconnaître tous les caractères de l'échinocoque. Ponctions répétées. Guérison.

OBSERVATION XXIII

(Besançon. — *Soc. anat.* Paris, 1886.)

Kyste hydatique de la rate.

La nommée G. Jeannie, âgée de soixante-deux ans, entre le 21 mai 1886 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le

D^r Lancereaux. Elle est atteinte d'une pneumonie droite datant de sept jours.

En découvrant la malade, on aperçoit une déformation de l'hypocondre et du flanc gauche et l'exploration de cette région permet d'y limiter une tumeur volumineuse, l'interrogatoire est difficile en raison de la prostration de la malade. Il semble pourtant ressortir de ses réponses que le début de la tuméfaction remonte à onze ans, et que depuis elle s'est graduellement accrue.

Son évolution a été presque indolore et n'a jamais empêché la malade de se livrer à des travaux pénibles, cette femme n'est du reste nullement cachectique.

La tumeur circonscrite par la palpation et la percussion occupe l'hypocondre et le flanc gauches. Elle déborde vers l'épigastre jusqu'à l'appendice xyphoïde : plus bas elle reste distante de l'ombilic de trois travers de doigt et se termine inférieurement au niveau de la ligne horizontale joignant les deux épines iliaques antéro-supérieures. La consistance est inégale ; elle paraît bridée transversalement à sa partie moyenne et, au niveau de cette dépression, la tumeur est de consistance ferme et paraît solide. Au-dessus et au-dessous de cet étranglement, la tumeur se renfle en deux saillies hémisphériques qui sont mates à la percussion, sans frémissement vibratoire, et qui donnent à la palpation la sensation de poches élastiques contenant du liquide. Les téguments de la région sont intacts et glissent facilement sur la tumeur. L'estomac n'est pas dilaté, le foie paraît de dimensions normales et non bosselé. Les urines sont simplement chargées d'urates, en raison de la fièvre qui accompagne la pneumonie, mais ne contiennent pas d'albumine.

En présence de l'intégrité du foie et de l'examen négatif des urines, en tenant compte aussi de la topographie de la tumeur, on est amené à penser quelle dépend de la rate. Le mode d'évolution de la lésion et les renseignements fournis par la palpation permettent de soupçonner sa nature kystique.

Une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz reste sans résultat. La malade meurt de sa pneumonie le 1^{er} juin.

A l'autopsie, on constate que la tumeur remonte à trois travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes.

Elle apparaît sous la forme de 2 lobes arrondis, ayant chacun le volume du poing et séparés par un sillon médian sur lequel repose le côlon transverse qui adhère légèrement à la tumeur. Le rein gauche est luxé et refoulé au devant des vertèbres lombaires par la tumeur qui occupe exactement la situation limitée pendant la vie. La tumeur adhère par des tractus conjonctifs peu denses à la grosse tubérosité de l'estomac.

L'extrémité du lobe gauche du foie lui est également adhérente, ainsi que la queue du pancréas.

Mais la dissection de ces parties est assez difficile. La tumeur isolée et débarrassée de ses adhérences pèse 2 kgr. 130.

Elle mesure dans son diamètre vertical 23 centimètres, dans son diamètre transversal 20 centimètres, et 9 centimètres d'épaisseur dans le sens antéro-postérieur. Au niveau du sillon circulaire qui sépare ces deux lobes, on distingue en avant et en arrière une plaque de tissu splénique normal. Les vaisseaux du lobe de la rate se reconnaissent sur la face postérieure interne de la tumeur. Ils ne sont pas dilatés ni comprimés, et leur apparence est normale. A l'incision des poches kystiques, on recueille deux verres de liquide, clair, incolore, limpide ; traité par l'acide nitrique il ne fournit pas de précipité albu-

mineux. Dans ce liquide nagent une grande quantité d'hydrides de volume variable, les plus grosses atteignent les dimensions d'un œuf de pigeon. Tous les autres viscères sont sains, à l'exception du lobe supérieur du poumon droit qui est hépatisé. Dans aucun organe on ne trouve d'autres kystes parasitaires. Le foie est absolument intact.

OBSERVATION XXIV

(Sevestre. — *Union Médicale*, 1883.)

Sujet de trente-deux ans, avec les apparences d'une vigoureuse constitution, entre à l'hôpital le 24 avril dernier racontant que l'affection dont il se plaignait était récente ; elle était de la fin du mois de mars précédent, elle s'était aggravée depuis quelques jours seulement. Les antécédents héréditaires étaient nuls, mais soldat de l'armée d'Afrique pendant quatre ans et libéré depuis l'automne de 1880, il a été atteint périodiquement chaque année en octobre de fièvres intermittentes tierces dont l'origine date de son séjour en Algérie. Cet homme est donc un paludique.

Il éprouvait depuis quelques semaines une gêne douloureuse dans le côté gauche et une tuméfaction croissante de la région correspondante, l'impossibilité des grands mouvements et des efforts de la marche. Il interrompt donc son travail tout en conservant l'aspect extérieur de la santé et de l'intégrité absolue des grandes fonctions viscérales.

L'examen physique confirmait ses déclarations, la douleur de côté était permanente, les grandes inspirations l'exagéraient et une oppression violente l'accompagnait. En vain on aurait

cherché l'origine de ces phénomènes. Cette dyspnée n'était pas due seulement à la douleur, elle était surtout de cause mécanique et résultait de l'existence dans l'abdomen d'une tumeur volumineuse, refoulant le diaphragme par en haut.

A cette tumeur occupant tout l'hypocondre gauche, et le côté gauche de l'épigastre correspondait à la percussion une autre zone de matité circonscrite elle-même plus extérieurement par une zone de sonorité, commençant sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic, se continuant dans le flanc gauche, cette zone de matité disparaissait sous la partie postérieure de la région ilio-lombaire. Elle indiquait l'existence d'une masse pathologique occupant transversalement la moitié gauche de l'épigastre, les régions de l'hypocondre et du flanc gauche et s'étendant verticalement sur une hauteur de 18 centimètres depuis la neuvième côte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. En outre, indépendante de l'estomac dont on percevait la sonorité tympanique, ainsi que de la glande hépatique, elle ne siégeait pas non plus dans les ganglions.

On était donc en présence d'une tumeur de la rate ayant refoulé, d'une part, l'estomac et la masse intestinale et, d'autre part, le diaphragme et le poumon.

Restait à en déterminer la nature, la consistance n'était pas homogène, résistante et dure dans la partie inférieure, elle était fluctuante et résistante surtout au niveau de la saillie globuleuse de l'épigastre ; son bord inférieur, était dur, inégal, bosselé et formé manifestement de parties solides, mais sa masse principale avait les caractères des tumeurs liquides.

C'était conséquemment une tumeur de consistance mixte et

par ce fait on devait dans le diagnostic mettre hors de cause toutes les tumeurs solides de la rate et de ses enveloppes : à l'autopsie on trouva un kyste hydatique de la rate.

OBSERVATION XV

(Bourdel. — Soc. anat., 1884. p. 321.)

Kyste chez un enfant de onze ans

Depuis 1881 augmentation progressive de la rate, soulèvement de la moitié gauche de l'abdomen. Bosselure, matité, dureté à la palpation. Matité remonte presque à la quatrième côte. Fièvre. Diarrhée. Frottement.

Ponction : liquide habituel.

Rate molle. Température 40 degrés.

Rate énorme, arrondie, ellipsoïde de 1 kgr. 250.

Longueur 21 centimètres : largeur 15 centimètres.

Simple coque de tissu splénique, épais 1 centimètre à peine ; hydatides épaisses, résistantes. Parois inégales, deux présentent en certains points de petites concrétions calcaires, quelques unes assez dures, d'autres friables s'écrasant sous le doigt.

Vaisseaux spléniques énormes, dilatés, gorgés de sang.

Enorme développement de ganglions mésentériques et surtout des ganglions prévertébraux.

Bourdel se demande si le développement des ganglions lymphatiques abdominaux n'a pas été une suppléance de la rate.

OBSERVATION XXVI

(Wassilief. — *Rev. chirurg.*, 1885, novembre.)

Kyste splénique

Femme de vingt et un ans. Une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz donna issue à un liquide clair, sans albumine, mais riche en chlorures, pas de crochets.

Le 29 décembre 1883 ponction avec un fin trocart de Potain donnant 3 lit. 50 de liquide semblable. Trois jours plus tard la malade se remet complètement. En 1884 réapparition de la tumeur avec accroissement rapide atteignant les dimensions primitives. Nouvelle ponction pratiquée avec l'appareil Potain qui ne donne qu'une faible quantité de liquide. Cinq jours après frissons, fièvre. Tumeur tendue, douleur violente à l'épaule gauche, langue sèche. Le 29, laparotomie sur la ligne blanche. Incision de 6 centimètres de long à un travers de doigt du processus xiphoïde. On trouve une tumeur non adhérente, se mouvant avec la respiration. On la fixe par des sutures à la soie, on l'ouvre ; sutures du kyste au bord de la plaie abdominale. Désinfection, drainage.

Pansement iodoformé. Guérison sans aucune complication.

OBSERVATION XXVII.

Knowsley Thornton. — *British med. journ.* 1886 p. 740.

Fille de dix-neuf ans, amaigrie, les différents organes sont

sains ; dans le flanc gauche tumeur volumineuse ; on croit à kyste dermoïde de l'ovaire ou à rein kystique.

Opération. — On trouve kyste de la rate adhérent à l'épiploon ; la tumeur est constituée par un volumineux kyste.

Splénectomie

Examen du sang pratiqué pendant convalescence montre d'abord un excès de leucocytes, mais ni le corps thyroïde ni les ganglions ne parurent s'hypertrophier.

Guérison après phlébite du membre inférieur gauche.

OBSERVATION XXVIII

(Delbecq. — *Kyste hydatique de la rate.*

Gazette des Hôpitaux, 1887, p. 109.)

« En ouvrant l'abdomen, on trouve une tumeur énorme, s'étendant depuis le foie et le diaphragme jusque dans le petit bassin. J'en suivis les contours avec le doigt : partant du foie, à la face inférieure duquel elle adhérait intimement, il me fut aisé de constater que le bord droit était relié sur toute sa longueur à l'intestin par un grand nombre de languettes fibreuses. La portion inférieure plongeait dans le petit bassin jusqu'au périnée et adhérait en avant à la vessie, en arrière au rectum jusqu'à l'anus ; on trouvait les mêmes adhérences le long du bord gauche que le long du bord droit, le diaphragme était si intimement uni à la tumeur que même après l'ablation du kyste la dissection ne m'a pas permis de le débarrasser de toutes les fibres du centre phrénique que j'avais dû sacrifier pour ne pas crever la poche.

Pour enlever la tumeur sans l'ouvrir, je sacrifiai donc une partie de la capsule du foie et du diaphragme. Des adhérences

intestinales, quelques-unes cédèrent sous le doigt : la plupart me forcèrent à m'aider du scalpel.

J'enlevai avec la tumeur une partie du rectum, étant obligé de respecter la vessie, j'essayai de disséquer les adhérences, mais la poche creva et laissa échapper une matière pâteuse renfermant des membranes dans un état plus ou moins avancé de décomposition et des hydatides encore intactes.

Je jetai une ligature sur la partie perforée et le poids de la matière écoulée joint à celui de la tumeur me donna un poids total de 17 livres $1/2$.

La tumeur présente une forme à peu près triangulaire et semble se composer de trois masses soudées entre elles.

Elle est recouverte de brides de péritoine dont la plus importante est située vers l'extrémité inférieure qu'elle embrasse comme une ceinture ; de petits kystes, les uns simplement retenus par les brides fibreuses, les autres adhérant à la paroi recouvrent la face antérieure principalement. Une main sur ces kystes, en imprimant de l'autre main quelques secousses au contenu des grandes poches en avait nettement la sensation de flot.

Il y avait donc communication. La face antérieure de la rate hypertrophiée et le parenchyme semblent se continuer insensiblement avec la lame fibreuse qui constitue la paroi postérieure de la poche.

OBSERVATION XXIX

1888 V. Bergmann *Litten Berl. Klin. Woch.*, n° 29, p. 592

(*Isolister echmocoeus der lienis*)

Un enfant de dix ans, fils d'un ouvrier dans une manufacture

de tabac, présente une tumeur de l'hypocondre gauche. Une ponction probatoire donna une petite quantité de liquide transparent et aqueux, ne contenant presque pas d'albumine, davantage de MUCINE et beaucoup de chlorures. On ne trouva ni crochets, ni membranes, on procéda à l'opération suivant le procédé de Wolkmann dans la clinique du professeur Bergmann. Une seconde ponction donna un liquide semblable au premier mais avec des crochets. Le rapport ne mentionne pas la quantité de liquide extrait.

L'anamnèse nous apprend que la mère du malade avait remarqué depuis un an la croissance de la tumeur et que le malade éprouvait une sensation de pression. Il ne s'occupait jamais de chiens.

L'enfant se rétablit complètement.

OBSERVATION XXX

Fehleisen Wochenschr. Leipzig, 1888, XIV, 1003

Le cas est celui d'une femme de trente-huit ans qui présentait de violentes douleurs sous les fausses côtes à gauche ; depuis 1883, tuméfaction du côté gauche de l'abdomen avec fluctuation, qui fait penser à un kyste de l'ovaire.

Ponction exploratrice, liquide clair, l'examen des organes génitaux donnant un résultat négatif, on pense à un kyste hydatique dans une rate mobile. Splénectomie faite par le docteur Bergmann. Pas d'altération morbide ni atrophie du parenchyme de la rate. Pas de modification du sang bien qu'il y ait un peu de gonflement des ganglions et du corps thyroïde. Guérison.

OBSERVATION XXXI (*Id.*)

Il s'agit d'un jeune homme de onze ans qui, depuis trois ans, souffre de violentes et lancinantes douleurs dans la région splénique; à l'examen, on constate une tumeur grosse comme une orange avec fluctuation manifeste. Diagnostic kyste hydatique de la rate; il est confirmé par la ponction : frémissement hydatique, marsupialisation du kyste. Guérison.

OBSERVATION XXXII

Mas. *Cent. f. Chirurg.*, 1889, p. 719

Le malade a des douleurs irradiant dans tout l'abdomen, la paroi abdominale est soulevée par la tumeur. Pas de fluctuation. Ponction exploratrice pour retirer liquide hydatique.

Opération. Incision sur le bord externe du grand droit.

Splénectomie après division du pédicule en deux portions qu'on lie au catgut, puis ligature en masse. Guérison.

OBSERVATION XXXIII

(Brame. — *Ann. de la Polyclinique de Paris*, p. 495, 1890.)

Kyste hydatique de la Rate (?)

Guérison par les ponctions suivies d'injection de sublimé pratiquées à douze jours d'intervalle : on utilisait une solution de 1 gr. 50 pour 1000 grammes d'eau.

OBSERVATION XXXIV

(Childe. — *Hydatids of the spleen ; Lardeceous liver.*
Brit. M. J. Lond., 1892, II, 1431.)

Femme de trente huit ans qui souffre de douleurs région hépatique, rhumatisme un an auparavant, ostéophytes rhumatismaux de la colonne vertébrale et des cavités glénoïdes des omoplates, pas de symptômes de syphilis, diarrhée, hypertrophie du foie, pas d'ictère, rate hypertrophiée, son bord inférieur déborde les dernières côtes de 2 pouces environ. Pas d'ascite, diarrhée et douleurs abdominales persistantes. Mort.

Autopsie. — Foie lardacé pesant 2.170 grammes, très adhérent avec la rate et le diaphragme ; la rate pèse 1.350 grammes et est également adhérente avec le diaphragme, en l'ouvrant on retire 20 onces de kystes hydatiques de dimensions variables, la capsule de ces kystes est molle et gélatineuse, leur contenu ressemble à de la gelée semi-fluide ; d'autres renferment un liquide tout à fait clair. Tous ces kystes sont contenus dans une grande cavité mère ; la rate était transformée en un véritable sac ; et sa surface interne était constituée par un solide tissu fibreux au milieu duquel on remarquait encore de petits îlots de tissu splénique, lesquels se trouvaient noyés dans la masse fibreuse environnante.

La rate ne donnait pas la réaction lardacée.

OBSERVATION XXXV

(Maclarin. — *British Med. Journ.*, 1892, p. 868.)

Kyste hydatique occupant l'hypocondre gauche, la région lombaire gauche

C. W..., vingt ans.

Laparotomie simplement exploratrice.

Un an après, ponction. puis laparotomie.

Incision. On suture la rate au péritoine pariétal avec la soie fine.

Cinq jours après, incision de la tumeur en plein parenchyme splénique.

Issue liquide hydatique avec membranes flétries.

Drainage.

Mais il reste une fistule qui ne se ferme qu'au bout de cinq mois.

OBSERVATION XXXVI

(M. Mordret, du Mans.)

(*Bullet. de la Soc. de Chirurgie de Paris* 1892, p. 789.)

Kyste hydatique de la rate. — Laparotomie. — Guérison.

Femme, cinquante ans, depuis dix ans présentait troubles dyspeptiques, vit peu à peu se développer une tuméfaction du coté gauche.

Depuis deux ans, cette tuméfaction est devenue douloureuse.

A l'examen, on trouve l'hypocondre gauche occupé par une tumeur considérable qui paraît constituée par deux grandes poches liquides. Le diagnostic de la nature de la tumeur est impossible.

On pratique la laparotomie en octobre 1891 ; celle-ci montre qu'il s'agit d'un kyste hydatique de la rate.

On incise la poche, on la vide, on suture la paroi à celle de l'abdomen, on la draine.

La malade guérit complètement au bout de quelques mois.

OBSERVATION XXXVII

(Oliver (James). — *A pedimentated hydatid cyst simulating a pedimentated broad ligament cyst. Brit. Med. J. Lond., 1893, II, 13.*)

Une femme, mère de quatre enfants, présentait de légères douleurs abdominales s'étendant dans la région ovarienne gauche. Ces symptômes durent déjà depuis deux ans. Son dernier enfant a huit mois. Pendant sa dernière grossesse, cette femme a remarqué que son ventre était plus volumineux qu'à l'ordinaire, trois mois après sa dernière couche, hémorragies vaginales continuelles. Celles-ci cessent, les règles apparaissent toutes les six semaines environ. Abdomen flasque, la partie inférieure de l'abdomen est occupée par une tuméfaction flasque qui occupe une position centrale et est évidemment kystique. Par le toucher vaginal, l'utérus n'offre rien d'anormal ; dans le cul-de-sac gauche, on sent la grosseur que l'on perçoit à travers la paroi abdominale. On porte le diagnostic de kyste du liga-

ment large et l'on décide l'intervention. Laparotomie, nombreuses et solides adhérences du kyste avec la paroi abdominale antérieure et le pubis jusqu'à deux doigts au-dessus de l'ombilic ; adhérence du kyste avec l'épiploon dans le flanc droit.

Ligature et résection de l'épiploon. Ligature du kyste dont le pédicule repose sur le bord inférieur droit de la rate.

Evacuation de son contenu qui présente un caractère mixte.

Il renferme un magma caséux de couleur jaunâtre avec des vésicules claires analogues à du jaune d'œuf. Le pédicule mesurait 3 pouces 1/2 de longueur.

La malade guérit. Le kyste renfermait des capsules de scolies en voie de dégénérescence graisseuse. La paroi du kyste était la paroi type de l'hydatide.

OBSERVATION XXXVIII (Résumée)

(Hogel. — *Medic. Record.*, Calcutta, 1893, p. 386.)

Kyste hydatique volumineux chez une femme de trente ans

Le kyste s'accompagne de dyspnée, de troubles digestifs.

Ponction pour retirer le liquide hydatique typique.

Opération. — Laparotomie, marsupialisation. Drainage. Guérison au bout de sept mois.

OBSERVATION XXXIX (Résumée)

(Lyons. — *British. med. Journ.*, 1893, p. 341.)

Malade de dix-huit ans, présente une tumeur remplissant la totalité de la partie gauche de l'abdomen, arrivé à l'ombilic.

Ponction exploratrice, issue d'un liquide clair.

Opération. — Incision.

Résection du sac. Drainage.

La rate était creusée complètement par le kyste.

OBSERVATION XL

(Thèse Mortureux, Paris, 1900. — Guido. — *Riforma Medica*, 1893.)

Homme de quarante-neuf ans, amaigri, présente tumeur arrondie régulière.

Signe d'épanchement pleural.

Ponction de la tumeur, fait sortir liquide rouge brun renfermant crochet.

Incision du kyste : marsupialisation.

Guérison au bout de trois mois.

OBSERVATION XLI (Résumée)

(Cardarelli. — *Boll. d. clinico.* Milano, 1894, p. 41.)

Jeune homme, dix-huit ans, paludéen, accuse depuis une chute faite sur l'hypocondre gauche une douleur très vive, l'empêchant de se livrer à ses occupations.

L'auteur reconnaît une rate hypertrophiée. Le sujet revu trois mois après un premier examen est amaigri, à l'inspection, on voit une voussure à gauche de l'ombilic.

Le frémissement hydatique est perçu.

Incision faite sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen.

Drainage à la gaze iodoformée.

Guérison.

OBSERVATION XLII

(Trinkler. — *Rev. chir.*, 1894.)

Kyste hydatique solitaire de la rate

M^{me} A. P..., est souffrante depuis deux ans et trois mois, se plaignait au D^r Schwetouchine d'un ébranlement général du système nerveux, ressentait une grande faiblesse, manquait d'appétit et de sommeil (pas plus d'une demi-heure par jour, avait accès d'angoisse cardiaque, de désespoir, de terreur). La moitié gauche du ventre dans la région de l'épigastre est convexe, les tissus qui la couvrent sont mobiles, peuvent être saisis à pleine main et laissent percevoir au-dessous une tumeur lisse de la grosseur d'une tête d'adulte. Il est clairement perceptible que la tumeur est en contact avec la rate qui est légèrement déplacée en avant et en bas et dont le volume est augmenté.

Une légère mobilité de la rate, permet de déplacer cet organe avec la tumeur qui le suit du côté de la ligne médiane. La malade étant couchée sur le côté droit, la tumeur change de place vers la droite, et la matité elle aussi s'éloigne de 2 ou 3 centimètres de la médiane.

Le plus léger atouchement de cette tumeur provoque un bruit d'hydatides suffisamment caractéristique pour servir seul de preuve de la présence d'un kyste hydatique. La percussion de la partie gauche de la région hypocondriaque (decubitus dorsal) donne les résultats suivants: ligne axillaire, la matité commence sur le bord de la septième côte; ligne

mamillaire, la matité de la tumeur se confond avec celle du cœur. Des accès de douleurs se faisaient sentir de temps en temps dans la région de la tumeur et dans le côté gauche en général.

Pendant plus d'un an, la malade n'a pas été capable de s'étendre sur le côté gauche. La malade n'a jamais eu de fièvres, elle a eu seulement des accès de chaud ou de froid accompagnés de palpitations, d'angoisses, de douleurs dans les jambes, etc.

Chez M. le Dr Schwetouchine, on porta tout d'abord l'attention sur l'affaiblissement général du sujet, on soumet la malade à un traitement reconstituant ayant pour but de fortifier le système nerveux et d'améliorer la nutrition.

« Jamais je n'ai eu l'occasion de percevoir aussi clairement que sur ce sujet le bruit d'hydatides, surtout quand la malade était debout, aussi avec deux symptômes aussi concluants que la fluctuation de la tumeur et le bruit d'hydatide, je n'hésitai pas à qualifier la tumeur en question de kyste hydatique de la rate. Je crois qu'on a rarement l'occasion de compléter le diagnostic en disant : kyste hydatique solitaire de la rate. »

Le 19 avril, la malade subit l'opération de la laparotomie d'après la méthode de Volkmann MM. les Drs Piperralskm, Koutzenoff, Massloff, Schwetouchine et Scolderer étaient présents.

Ouverture du kyste en deux temps.

2 mai, deuxième temps c'est-à-dire marsupialisation.

Le 19 mai, la rate à la percussion, dépassait de deux ou trois centimètres le rebord des fausses côtes.

OBSERVATION XLIII (Résumée)

Vivenza (n° 13 de la *Sperimentale*, 1895).

Stéfani, soixante-cinq ans, à la suite d'une contusion dans la région de l'hypocondre gauche, vit survenir un mois après une tuméfaction puis ressentit une douleur dans le côté gauche. La respiration est gênée à tel point qu'il y a immobilisation de ce côté du thorax.

Opération de Lindemann Landau.

Mort par septicémie.

Autopsie fait reconnaître le kyste à parois flasques, de la capacité de trois litres ayant la forme d'un cône à base supérieure sous le diaphragme, à sommet arrondi plongeant dans le bassin.

OBSERVATION XLIV (Résumée)

(M. Richelot, thèse Vanverts. Paris, 1897 p. 195).

On trouve dans l'hypocondre gauche une tuméfaction qui dépasse la ligne médiane de quelques centimètres ; elle forme une voussure très nette au-dessous du rebord costal gauche.

Elle est fluctuante, à peu près indolente à la pression.

Opération. — On découvre une énorme rate fluctuante se prolongeant sous le diaphragme ; le kyste paraît occuper, presque tout l'organe ; par une ponction on retire un liquide trouble ; M. Richelot renonce à marsupialiser. Splénectomie. Guérison.

OBSERVATION XLV (Résumée)

(Amberg. *Wiener med Wochenschr.*, 1898, p. 2073.)

L'auteur n'avait aucun diagnostic précis lorsqu'il décida l'intervention.

Il s'agissait d'une femme de trente-huit ans, ayant une constipation opiniâtre, l'amaigrissement était tel que l'on pense à une tumeur maligne.

Après incision para-médiane gauche, on reconnaît le grand épiploon adhérent à la tumeur, puis l'épiploon fut réséqué et l'on aperçut seulement la rate creusée d'un kyste.

La splénectomie fut pratiquée.

L'opération ayant été très pénible la malade mourut dans la journée.

OBSERVATION XLVI (Résumée)

(Lavazzani, *Clinica Pisa*, 1898, p. 348.)

Il s'agit d'un enfant vivant avec des chiens, qui présenta des kystes hydatiques multiples de la rate, du foie, de l'épiploon. Les lésions ne furent reconnues qu'à l'autopsie. Pendant la vie il fut impossible de décélérer le frémissement hydatique.

OBSERVATION XLVII

(Matvieyeff. *Wratch Saint-Petersbourg*, 1898,) p. 588.

Splénectomie pour kyste hydatique solitaire de la rate.
Guérison en dix-huit jours.

OBSERVATION XLVIII (Résumée)

(Trofinoff. *Chirurgia Moscou* p. 561.)

Cet auteur sous la dénomination de « singulier cas d'échinocoque splénique rapporte l'histoire d'un sujet qui après une période de plusieurs mois durant lesquels il ne put que constater des symptômes fonctionnels très atténués, tels que pesanteur, tiraillements lombaires, eut une vomique et rejeta des crochets d'hydatides. Tout rentra dans l'ordre, enfin la tumeur qui avait paru diminuer après la vomique « se reconstitua », elle fut vidée par la ponction. Mais des phénomènes infectieux, vomissements, fièvre et autres survinrent.

Laparotomie. Incision, marsupialisation. Drainage. Guérison.

L'auteur envisage à ce propos les chances de succès de la marsupialisation qu'il recommande dans les formes suppurées.

OBSERVATION XLIX (Résumée)

(Slawtcheff. — *Med. Napiedak*. Sophia, 1900, p. 571.)

Le kyste hydatique était peu volumineux, comparable à une orange. Slawtcheff fut surtout frappé par l'hypertrophie de la rate qui le décida à pratiquer la splénectomie, car il craignait une dégénérescence maligne de l'organe coïncidant avec le kyste hydatique.

L'examen histologique ne révèle rien de particulier.

OBSERVATION L (Résumée)

(Berthier. — Thèse Mortureux. Paris, 1900, p. 50.)

Malade amaigri, présente une teinte subictérique.

Base du thorax élargie, voussure sensible à la vue au-dessous des fausses côtes.

Par la palpation et la percussion, on détermine l'existence d'une tumeur arrondie, bilobée.

On a la sensation très nette de frémissement hydatique.

Foie diminue de volume.

Opération 23 mai 1899 par M. Blum à l'hôpital Saint-Antoine. On découvre une tumeur volumineuse refoulant l'estomac en haut indépendante du foie.

Ponction d'une première saillie donne issue à 250 grammes de liquide, la poche vidée est incisée et on reconnaît cinq ou six autres poches à son intérieur. Elles sont sectionnées avec le bistouri avec le thermocautère de façon à obtenir une seule cavité.

Débris enlevés à la curette.

Drainage.

En août il persiste encore une petite fistulette, mais état général excellent.

OBSERVATION LI (Résumée)

(Gallozi. — *Bullet. acad. méd. et chirurg. de Naples*, 1901, p. 16.)

Cet auteur vit un kyste hydatique suppuré, mais il ne porte pas le diagnostic, il crut à un abcès de la rate.

Ce n'est qu'après ponction du kyste qu'on reconnut les crochets d'échinococque. Marsupialisation.

La fistule persistait quatre mois après l'intervention.

OBSERVATION LII (Résumée)

(Stankienicz. — *Gazette de Varsovie*, 1902, p. 982.)

Ayant eu l'occasion d'intervenir deux fois pour affection de la rate, ce chirurgien trouva une fois un kyste hydatique et fit l'extirpation de la poche en avril 1901, l'hémorragie fut abondante le malade guérit en cinq semaines, mais cette opération fut incomplète car au bout de sept mois, en novembre 1901, le malade revint présentant une tumeur de l'hypocondre gauche : on pratiqua la splénectomie, il existait un kyste hydatique de la face profonde de la rate passé inaperçu lors de la première intervention.

Guérison en trois semaines malgré une pneumonie survenue au huitième jour.

OBSERVATION LIII (Résumée)

(Villar. — *Journ. Med.* Bordeaux, 1903, p. 165.)

Il s'agissait de kystes hydatiques multiples dans l'épiploon la rate et le pancréas ; en ce qui concerne la rate le diagnostic ne fut porté au cours de l'intervention qu'après l'ablation des kystes-épiploques.

La rate était retenue par des adhérences au diaphragme. La

splénectomie à peu près totale fut pratiquée, mais une petite portion fut marsupialisée ; en résumé il existait deux kystes de la rate.

OBSERVATION LIV

(Monprofit. — Soc. anat. Paris. 1903, n° 5, p. 446.)

Kyste parasplénique

Femme quarante-trois ans, tumeur à ses débuts siégeant au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro sup-gauche.

En novembre 1902, volume de 2 poings.

Puis extension considérable.

12 mai 1903. — Opération. Tumeur lisse blanchâtre, ponction de la tumeur, cinq litres de liquide.

Poche kystique peu à peu libérée de ses adhérences : la poche est entre pancréas et rate. — Les adhérences entre la poche kystique et la rate *sont solides*. Artère splénique sectionnée entre deux ligatures. On sectionne la queue du pancréas qui mène sur la poche kystique. Celle-ci se trouve libérée.

Examen. — Poche kystique cloisonnée.

Face intérieure de la paroi kystique présente de petits kystes translucides.

Artère splénique est unie à la paroi du kyste par quelques lobules pancréatiques qui sont accolés à cette poche.

Paroi tapissée d'un épithélium cylindrique avec de nombreuses glandes.

OBSERVATION LV (Résumée)

(De Almeida. — *Brazil Med.* Rio-Janeiro, 1904, p. 446.)

L'auteur rappelle sa statistique.

Sur 15 cas de kystes hydatiques suppurés, 15 marsupialisations, 14 guérisons.

21 cas de kystes hydatiques normaux, 21 splénectomies, 18 guérisons. Dans le cas particulier le kyste étant unique : splénectomie. Guérison.

OBSERVATION LVI

(Mabit. — *Revue chirurg.*, 1906, p. 596.)

J. M..., quarante ans. Incision sur le bord externe du muscle droit du côté gauche, kyste de forme oblongue, inséré sur le bord inférieur de la rate, adhérent intérieurement à l'angle du côlon. Pas d'autres adhérences.

Réséction de la partie libre et aussi du point de membrane adventice qui unit le côlon à la rate, de sorte qu'il reste dans la cavité abdominale un lambeau de membrane de 7 ou 8 centimètres carrés très adhérent au côlon et un autre un peu plus étendu tapissant une cavité peu profonde creusée dans le bord splénique.

Suites normales. Le malade se lève le seizième jour.

OBSERVATION LVII

(Mabit. — *Revue chirurg.*, 1905, p. 598.)

Incision sur le bord externe du muscle droit du côté gau-

che, kyste du volume d'une tête d'enfant, émergeant à la partie antéro-inférieure de la rate.

Pas d'adhérences, résection contenant plus de la moitié de la membrane. Il reste une vaste échancrure de la rate tapissée par ce qui n'a pas été réséqué.

Suites normales.

OBSERVATION LVIII

(Mabit. — *Revue chirurg.*, 1905, p. 600.)

Malade atteint d'un kyste hydatique de la rate, est opérée le 19 février 1905 par la méthode de marsupialisation.

La guérison se fait attendre jusqu'à la fin juillet.

On découvre la présence d'un second kyste plus petit situé dans le lobe gauche du foie.

Opération le 4 août 1903, kyste de la grosseur d'une orange, situé sur le bord tranchant du lobe hépatique.

OBSERVATION LVIII bis (inédite)

(Duc à l'obligeance de M. le professeur Th. Jonnesco).

Kyste hydatique de la rate.

L. A..., cinquante-trois ans (Macédoine), commerçant.

Entré 21 février 1908.

Sorti 15 mars 1908. *Guéri.*

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Aucune affection antérieure.

Maladie actuelle. — Quatre mois avant son arrivée, le malade a senti des douleurs dans l'hypochondre gauche. D'abord

localisées, les douleurs ont commencé à irradier vers les aînes, mais surtout vers l'épaule gauche. Apparaissant d'une façon intermittente au commencement de la maladie, elles sont devenues continues depuis deux mois, en gardant les mêmes caractères. En dehors de ce phénomène, le malade n'a rien senti de particulier qui ait pu attirer l'attention. Pas d'urticaire, pas de troubles gastro-intestinaux. Pas de manifestations viscérales importantes. (Le malade étant de la Macédoine, s'exprime mal et s'est peu surveillé au point de vue pathologique). Il a cependant remarqué qu'il maigrissait à vue d'œil. L'appétit a toujours été conservé.

L'examen médical de ses viscères ne montre aucune altération organique. Cœur, poumons : normaux. Urines normales. L'examen du sang n'a pas été fait.

Examen physique. — L'hypochondre gauche est plus bombé que le côté opposé. Les espaces intercostaux sont distendus du côté malade. Par le palper, on reconnaît dans la région sous-costale gauche une tumeur lisse, tendue, rénitente, régulière, ayant des caractères kystiques. Elle descend dans l'abdomen à trois travers de doigts sous les fausses-côtes. La matité de la tumeur abdominale se continue avec la matité de l'hypochondre gauche. Ce dernier donne à la percussion une matité absolue remontant en haut jusqu'à la cinquième côte (ligne axillaire moyenne). Les mouvements respiratoires impriment un léger abaissement de la tumeur qui devient plus saillante dans l'abdomen au moment de l'inspiration.

La ponction, pratiquée dans un service de médecine où le malade avait d'abord été reçu, a permis de retirer du liquide clair, limpide comme l'eau de roche.

Examiné au microscope il contenait des crochets.

Opération — Le 12 février 1908. Anesthésie à l'aide de l'appareil Roth-Dræger. Opérateur : Th. Jonnesco.

Incision parallèle au rebord costal gauche (7 cm.) qui permet l'entrée dans l'abdomen.

On constate que la rate, en position normale, adhérente, se continue en haut et un peu en avant avec une tumeur kystique qui soulève le diaphragme. De forme ovoïde, la tumeur remplit l'hypochondre gauche.

On saisit à l'aide de deux pinces la partie inférieure du kyste, que l'on fixe à la plaie opératoire. On ouvre ensuite la cavité du kyste, laissant s'écouler le liquide. Par cette ouverture, à l'aide d'une pince à plateaux, on extrait la membrane germinative. L'ouverture du kyste est suturée à l'aide de quatre fils de catgut en deux plans de suture ; la paroi abdominale est fermée à l'aide de fils d'argent qui prennent les plans en masse.

Suites opératoires. — Bonnes. Le lendemain on fait au malade 500 grammes de sérum. On lui administre un purgatif. On retire les fils de la paroi au bout de neuf jours. Réunion immédiate.

Le malade quitte l'hôpital dix-neuf jours après l'opération en excellente santé.

OBSERVATION LIX

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Th. Jonnesco.)
(Due à l'obligeance de notre collègue Daniel, privat docent).

Kyste hydatique suppuré de la rate. Marsupialisation.

Le malade C. C..., âgé de soixante-quatorze ans, cordon-

nier, entré à l'hôpital Caltzea, dans le service de M. le Professeur Th. Jonnesco, le 29 juillet 1903.

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Antécédents personnels. — Rougeole et fièvre intermittente dans l'enfance. A l'âge de dix ans a souffert pendant deux ans des douleurs dans le ventre, sans pouvoir préciser le siège ; pour ces douleurs a été soigné à l'hôpital Maorogluni, d'où il est sorti guéri.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans, le malade sent des douleurs dans l'hypochondre gauche, comme des élancements qui lui parvenaient par intervalles. En même temps, il remarque que dans la même région, apparaît une tumeur, qui augmente de plus en plus, envahissant le flanc gauche, l'épigastre la région ombilicale.

Les douleurs devenant de plus en plus intenses, il est forcé de rentrer à l'hôpital.

Il souffre depuis longtemps de constipation, d'où le besoin des purgatifs. Depuis le début de sa maladie les mictions sont douloureuses, sensations de brûlures et douleurs qui s'irradient dans les lombes et dans les cuisses.

Etat présent. — L'état général satisfaisant, à l'inspection on constate une tumeur, qui occupe la moitié gauche de l'abdomen.

Les dimensions de la tumeur sont si grandes qu'on la remarque à distance.

Par la palpation, on constate une tumeur énorme, ovoïde, dont l'axe le plus grand est dirigé de haut en bas, et de gauche à droite, occupant l'hypochondre et le flanc gauche ; s'étendant du côté de l'épigastre et de l'ombilic, dépassant un peu à

la ligne médiane de l'abdomen. Elle est de consistance élastique, rénitente, donnant la sensation d'une poche à liquide et dont les limites se confondent avec celles de la rate. Tumeur lisse, peu mobile; régulière et lisse sur toute sa surface.

Par la percussion sur toute son étendue on constate de la matité.

Sans sentir le frémissement hydatique, on n'hésite pas à poser le diagnostic probable de kyste hydatique de la rate.

Opération. — Le 29 juillet, après avoir pris toutes les mesures d'antisepsie et d'asepsie, on fait une laparotomie supra et sous-ombilicale et on constate la présence d'un énorme kyste hydatique de la rate, envahissant l'hypochondre et le flanc gauche.

On ponctionne le kyste, qui était adhérent au péritoine, mais ne pouvant le vider, on incise ses parois sur une étendue de 10 centimètres, d'où il sort 3 ou 4 litres de liquide purulent, de couleur gris clair. Le liquide contenait un nombre immense d'hydatides aplaties : mais il s'élimine aussi 99 hydatides pleines, petites contenant un liquide presque clair et beaucoup des membranes prolifères, blanches, épaisses avec de nombreux bourgeons sur leurs surfaces internes.

On lave largement la cavité du kyste avec du sérum, après avoir marsupialisé la poche du kyste, on draine avec des gros tubes et on applique un pansement.

Soins post-opératoires. — Après l'opération, on fait le premier jour une injection avec 1000 grammes de sérum artificiel, le second avec 2000 grammes, une le matin, l'autre le soir.

Le poulx est bon, la tension modérée.

Le troisième jour, on change le pansement, on lave de nou-

veau la poche avec du sérum, et on applique un nouveau pansement.

Le 4 août, nouveau pansement. Il est sorti 99 vésicules hydatiques.

On continue avec des lavages au sérum et le pansement antiseptique jusqu'au 13 août 1903, quand le malade sort, en voie de guérison.

OBSERVATION LX

Service du D^r Racoviceanu

(Observation de la thèse de Nicolae. Bucarest, 1905).

Kyste hydatique de la rate. Marsupialisation

Le malade D... C..., âgé de dix-huit ans, roumain, coiffeur, entré à l'hôpital Calentina, dans le service du D^r Racoviceanu, le 13 août 1895.

Antécédents héréditaires. — Le malade a des parents et une sœur vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, il a eu la rougeole, et dans l'adolescence des fièvres paludiques.

Histoire de sa maladie. — Il y a un an, il s'est développé chez le malade une tumeur dans l'hypochondre gauche, assez grande, de la forme d'un concombre, dit le malade, très douloureuse et qui l'empêchait de s'incliner en avant ou de côté. La tumeur a duré trois semaines, puis elle a disparu.

Depuis il n'a rien eu, jusqu'à il y a dix jours ; alors il remarque une nouvelle tumeur à la même place que la précédente, mais plus petite et moins douloureuse. Il va dans un service des consultations gratuites, où on lui fait deux ponctions dans l'hy-

pochondre gauche, et on lui retire à chaque fois un liquide clair comme de l'eau.

État présent. — L'état général très satisfaisant. Il présente à l'inspection une tumeur qui occupe l'hypochondre, le flanc et la région lombaire gauches.

Par la palpation, on constate une tumeur arrondie, régulière, lisse, élastique, immobilisable ; par les mouvements provoqués on sent une sensation de fluctuation. Elle est douloureuse à la palpation, surtout dans la région lombaire.

A la percussion, elle est mate. La matité commence sur la ligne axillaire à partir du sixième espace intercostal gauche et se continue en bas jusqu'aux environs de la crête iliaque. En haut elle se confond avec la matité cardiaque, occupe l'espace de Traube et descend jusqu'à l'ombilic.

A l'auscultation, la respiration dans le creux axillaire gauche s'étend jusqu'au sixième espace intercostal. Au-dessous des fausses côtes, on entend les battements du cœur, mais faibles.

15 avril. — On fait une ponction et on retire du liquide, clair comme de l'eau de roche.

16 avril. Avec l'aspirateur de Collin on retire 500 grammes de liquide, un peu rose, dans lequel nagent beaucoup de membranes, très fines et de coloration blanche.

Opération. — Le 18 août on opère sous chloroforme : sur la partie la plus saillante de la tumeur à 4 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes et parallèlement, on pratique une incision longue de 12 centimètres, oblique en bas et en dehors, coupant couche par couche les parois jusqu'au péritoine. L'hémostase se fait par l'application des pinces sur les vaisseaux qui saignent. On ouvre le péritoine par une petite

ouverture, une boutonnière, puis on l'élargit avec les ciseaux en suivant le doigt introduit préalablement dans l'orifice. Les bords de la plaie sont pincés par des pinces Bergmann.

Par cette ouverture on aperçoit une tumeur énorme, ronde, lisse, élastique et rémitente, qui faisait corps avec la rate. La tumeur présente des adhérences qui empêchent de faire le tour.

En bas on suppose que l'extrémité est ronde avec la concavité dirigée en haut ; en haut on trouve que la tumeur touche les parois thoraco-abdominales. Avec un trocart moyen on ponctionne la tumeur, d'où s'écoulent 4 litres de liquide, au début incolore, puis jaunâtre. La tumeur perdant de sa tension, on a pu, avec une pince de Bergmann l'extraire lentement de la plaie.

En la pinçant en bas avec une autre pince, on applique deux autres pinces avec lesquelles on pu extraire une bonne partie de la poche. Sur l'orifice du trocart on applique une pince Nélaton, avec laquelle on a exécuté des tractions sur la poche. Les lèvres de la plaie ont été cousues circulairement à la poche, en deux étages, l'un entre le péritoine et la poche, l'autre entre la peau et la poche. Avec les ciseaux on a réséqué la portion exubérante dans toute l'étendue de la plaie. Les parois de la poche étaient très épaisses. Par l'orifice on extrait de la cavité de la poche deux membranes hydatiques, de la grosseur d'une tête de fœtus. Avec le doigt mis dans la cavité, on constate que la rate est diminuée de volume et englobée dans la partie antéro-externe de la poche. Après lavage, on a introduit dans la cavité deux gros drains, une bande de gaze iodoformée et après on a appliqué un pansement.

Suites post opératoires, excellentes ; on a fait des injections

avec du sérum. Après plusieurs pansements le malade est sorti complètement guéri le 28 juillet 1895.

OBSERVATION LXI

(Service du D^r Racoviceanu)

Kyste hydatique suppuré de la rate. — Marsupialisation

Le patient N. G. P..., âgé de vingt-six ans, roumain, homme de peine, entré à l'hôpital Calentina, service chirurgical de M. le D^r Racoviceanu le 17 juillet 1901.

Autant du côté des antécédents héréditaires que du côté des antécédents personnels, le malade, d'une intelligence bien limitée, ne peut nous donner aucun renseignement.

Histoire de la maladie. — Il y a trois semaines que le malade aurait ressenti une douleur pongitive dans le côté gauche axillaire accompagnée d'un frisson et d'une respiration très difficile. Quelques jours après il remarque qu'une tumeur se développe à gauche sous le rebord des côtes, puis cette région devient douloureuse, la tumeur augmente de plus en plus, arrive à l'état actuel, descendant jusqu'à l'ombilic.

Etat actuel. — Le malade est amaigri, la conjonctive oculaire de couleur subictérique. En inspectant l'abdomen on observe que les téguments de l'hypochondre gauche sont hyperémiés et étendus, et l'abdomen déformé par une tumeur, qui s'étend dans le sens vertical depuis le rebord des fausses côtes, jusqu'à une ligne transversale qui passe à quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic ; et dans le sens transversal depuis le prolongement de la ligne para-sternale droite, jusqu'au prolongement de la ligne axillaire gauche. Cette tumeur affecte

la forme d'un ovoïde, avec le grand axe dirigé de haut en bas et de gauche à droite, présentant un point culminant situé au-dessus et à gauche de l'ombilic.

Le reste de l'abdomen présente une arborisation assez prononcée des veines.

En palpant l'abdomen, on constate que la tumeur est située dans l'hypochondre gauche. La tumeur adhérente aux parois abdominales est fluctuante, donnant l'impression d'une poche remplie de liquide, distendue. Adhérente, immobile, semble enclavée sous les fausses côtes.

Par la percussion, on obtient de la matité, dont les limites sont identiques avec celle de la tumeur comme nous l'avons décrite, mais elle se continue dans la partie postérieure jusqu'au quatrième espace intercostal gauche, et dans la partie antérieure jusqu'au cinquième espace intercostal. En bas, la matité descend à la partie postérieure jusqu'à la région lombaire. Le malade a de la fièvre, avec des exacerbations vespérales, léger état dyspnéique ; il accuse des douleurs dans la partie gauche de l'abdomen.

Opération. — Le 18 juillet, après avoir pris toutes les mesures d'asepsie et d'antisepsie, le Dr Bogdanovich fait une laparotomie latérale gauche.

Immédiatement après qu'on ouvre l'abdomen, on tombe sur un tissu ramolli, empâté, de couleur noir bleuâtre adhérent à la paroi abdominale, et de l'épaisseur de la grosseur d'un doigt. C'était le tissu splénique altéré. A l'intérieur de ce tissu on trouve une cavité pleine d'un pus épais, jaune-verdâtre, qui s'écoule. On agrandit en bas la plaie, alors s'ouvre la cavité du péritoine sur une étendue de 2 centimètres, mais on la referme par quelques points de suture.

On lave la cavité en la détergeant du pus qu'elle contenait et on observe alors que les parois de la poche étaient formées par des éléments constituant ceux d'une poche hydatique. On extrait la poche, par parcelles, en laissant seulement à la partie supérieure, où il existait des adhérences avec la face inférieure de l'abdomen et qui saignaient, une portion de 4-6 centimètres de cette membrane.

On remplit la cavité de gaze iodoformée et on applique un pansement.

Suites post-opératoires. — Le soir le malade est relativement bien, on lui fait une injection de 1000 grammes de sérum artificiel, éther sulfurique à l'intérieur. On fait 2 pansements par 24 heures, on lave la cavité avec du permanganate de potasse et du sérum artificiel.

La marche de la maladie est assez satisfaisante.

26 juillet 1901. — Le malade a le pouls faible et un peu fréquent, toussé. Examiné on constate une légère congestion aux deux bases des poumons. On lui applique des vésicatoires sur le dos et on lui recommande des potions pectorales.

L'état du malade devient de plus en plus menaçant, survient une diarrhée avec des selles très fréquentes, liquides et d'une couleur pâle.

Le malade dépérit de plus en plus et le 28 juillet 1901, à 3 h. 20 après midi il succombe.

L'autopsie. — Par la plaie opératoire on pénètre dans une grande poche, qui fait corps avec la rate et a des adhérences fortes avec le foie, le diaphragme et l'estomac. Le poumon gauche est rétracté, et dans la cavité thoracique gauche on trouve 2 litres d'un liquide séro-sanguinolent.

OBSERVATIONS SUR COMPLICATIONS DE KYSTES HYDATIQUES

OBSERVATION I

(Duroziez. — Soc. anatomique, 1851.)

Kyste hydatique de la rate s'étant vidé par les bronches

Sujet, âgé de trente et un ans, fondeur, entre à la Charité le 8 octobre 1850 et meurt le 24 janvier 1851.

(Hémiplégie gauche, affection chronique organique du cœur, retrécissement et insuffisance auriculo-ventriculaire gauche, pleuro-pneumonie gauche ; diarrhée, vomissement, mort.)

Le malade entré pour hémiplégie gauche avec lésion du cœur, eut quelques accidents nouveaux le 9 novembre à gauche, en arrière souffle énorme dans toute la hauteur.

Le 10 décembre au soir, fièvre tombée, pouls à 80, 90, la chaleur de la peau est modérée, 30 respirations par minute.

Crachats opaques, purulents, non aérés, mélangés de sang altéré, lie de vin (on diagnostique une pneumonie).

13 décembre soir, chaleur et sécheresse de la peau, pouls large, redoublé, sans résistance à 98, 36 respirations à la minute.

En avant, à gauche, respiration rude, râles ronflants, vers la région précordiale, froissements pleuraux, à l'aisselle respiration soufflante, le souffle croissant vers les parties déclives. En arrière, il conserve les caractères précédemment décrits, à l'inspiration, râles, sous crépitants, voix retentissante.

La rate est creusée en son milieu d'une vaste caverne remplie d'ichor lie de vin foncée et de flocons de tissu brun noirâtre, qui paraissent n'être que le parenchyme de l'organe frappé de sphacèle ; les parois de la caverne sont en partie constituées par le pancréas, l'atmosphère celluleuse du rein.

Le cœur a présenté un rétrécissement mitral. L'hémiplégie était probablement due à une embolie.

OBSERVATION II (Résumée)

(Pieri. — *Riforma medica*, 1892, p. 742.)

À la palpation on trouve une tumeur nettement ovoïde dans le quart supérieur gauche de l'abdomen de la grosseur d'une tête de fœtus, elle suit un peu les mouvements respiratoires, fluctuation évidente.

Opération. — On trouve la tumeur adhérente à l'estomac, à l'épiploon, à la paroi abdominale ; le kyste est suppuré.

Novaro pratique la splénectomie.

Drainage à la Mikulicz.

Guérison.

OBSERVATION III (Résumée)

(Jonnesco. — *Presse Médicale*, 1897, p. 125.)

Opération. — Incision médiane de l'appendice xyphoïde à

travers trois doigts au-dessous de l'ombilic, on constate une énorme tumeur occupant toute la rate.

Adhérences multiples, solides, formant une véritable symphyse abdomino-splénique dont la destruction nécessite plusieurs reprises, l'arrachement de la face abdominale.

Symphyse spléno-diaphragmatique splénectomie, hémostase difficile.

Fermeture de la plaie sans drainage.

Guérison.

OBSERVATION IV

1872 (Holstein A. *Echinococcus lienis* (hôpital s'Artende 2 Rækle V n° 51) Ext. — *Virchow und Hirsch's Jahresbericht*, p. 118 B D II).

La malade a eu des accès de fièvre ; elle a été souvent entourée de chiens. Le 15 octobre 1877 on pratiqua une ponction à l'aide d'un trocart aspirateur. Il s'écoula 1 litre environ de liquide transparent, la dernière portion de ce liquide contenait un grand nombre de scolies. Lorsque la poche fut dégonflée, on déboucha l'ouverture percée par le trocart. Quelque temps après le kyste se remplit de nouveau, au mois d'octobre et novembre une pneumonie commença à plusieurs reprises dans les parties inférieures du poumon gauche.

Vomiques, mort par septicémie.

OBSERVATION V

Guérin. — *Archives cliniques de Bordeaux*, 1896.

Kyste hydatique suppuré de la rate, ouvert dans la plèvre gauche à travers une perforation du diaphragme. Thoracotomie. Mort quatorze jours après l'opération par septicémie.

Marie C..., d'un village des Landes près de Morcenx, entré à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Arnozan.

23 décembre 1895. — Elle dit qu'elle a eut souvent des fluxions de poitrine, qu'elle tousse et crache le sang.

Antécédents héréditaires. — Père se porte bien, mère morte d'une tumeur à l'épigastre. Elle a eu quatre enfants, trois ont une bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade est restée dans les landes jusqu'à l'âge de douze ans. Elle ne se souvient que d'avoir été toujours malade.

Aussi loin qu'elle peut remonter dans ses souvenirs elle se voit toujours avec douleur côte gauche.

Ne voyait pas de médecin, se contentait de rester au lit, ne toussait pas, réglée à quatorze ans, à quatorze ans et demi première fluxion de poitrine, en eut deux autres pendant son séjour à Morcenx ; à seize ans grande maladie, peut être fièvre typhoïde, à vingt-et-un ans fluxion poitrine et pleurésie gauche, douleur à gauche persiste après guérison. Depuis s'enrhume très souvent et crache alors un peu de sang.

Sa première hémoptysie date à peu près de l'âge de sept à huit ans ; la quantité de sang expectorée n'a jamais dépassé trois ou quatre cuillerées.

23 octobre 1896. — A son entrée, on trouve en avant du sommet gauche des râles humides et de la matité. En arrière, matité dans presque toute l'étendue du poumon gauche ; on n'entend pas le murmure vésiculaire mais il n'y a ni souffle, ni pectoriloquie aphone ; la voix basse, semble donner un peu d'égophonie, mais il n'y a pas de différence à droite : l'espace de Traube est sonore ; on ne trouve pas la pointe du cœur mais les bruits habituels sont nets au siège normal de la pointe. Pas de température ; on croit avoir à faire à des lésions pleurales anciennes.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade se plaint souvent du côté gauche ; température est normale, l'examen ne descend jamais jusqu'à la rate, la douleur signalée se trouvant plus haut. Devant persistance des symptômes déjà énumérés, ponction exploratrice est décidée.

23 décembre. — On enfonce trocart 2 de l'aspirateur Dieulafoy, dans huitième espace intercostal gauche sur ligne verticale abaissée de l'angle inférieur omoplate. Rien ne sort d'abord ; après quelques aspirations, on put obtenir quelques gouttes ; liquide aspect purulent, la canule retirée M. Arnozan en sort une petite membrane blanchâtre, au microscope présente la structure des kystes hydatiques ; liquide contient globules de pus et crochets.

Le 25 à l'examen on note : à gauche quelques râles humides au sommet ; la transsonance claviculaire est un peu plus sourde qu'à droite. La rate est volumineuse, on la limite aisément par percussion et palpation descend jusqu'à deux doigts

au-dessus de la crête iliaque. En dedans, on trouve bord tranchant à quatre doigts de l'ombilic ; matité splénique confondue avec matité pleurale, pas de frémissement hydatique, pas de fluctuation.

Le 2 janvier, température 40 degrés, quelques vomissements, la malade est envoyée dans service de M. Demons.

Opération le 4. Ponction faite avec trocart Dieulafoy. Résultat positif, amène pus bien lié. M. Demons incise le huitième espace intercostal sur 4 centimètres environ couche par couche jusqu'à poche purulente. Incision donne une quantité considérable de pus offrant de nombreuses vésicules hydatiques. Pour plus de jour, neuvième côte mise à nu sur une longueur environ de 4 centimètres, poche continue à se vider. Doigt introduit dans cavité sent une surface dure, tomenteuse, limitée en bas par convexité du diaphragme revêtu feuillet pleural, mais à part l'inégalité des parois, le doigt promené sur cette voûte sent en plus à la partie postérieure et a peu près vers un demi espace compris entre colonne vertébrale et ligne axillaire, dépression, sorte d'hiatus à travers lequel est engagée et prise une membrane hydatique, membrane attirée par pince, puis bistouri boutonné, introduit dans cavité agrandit l'orifice de communication existant à travers diaphragme, entre la plèvre et une deuxième cavité qui appartient sans doute à viscère abdominal. Cette cavité abdominale très nettement sentie par doigt qui peut traverser le paroi thoracique, la cavité pleurale et enfin diaphragme. Grâce à cet agrandissement, quantité considérable, vésicules précipitées au dehors, évaluées à 4 ou 500. Lavage entraînant le plus grand nombre de vésicules contenues dans les deux poches.

Le 13 rougeur érysipélateuse joue droite.

Le 15 malade affaibli, 38 degrés

Le 18 malade meurt.

Autopsie. — Corps ne présente pas d'amaigrissement, seul visage cachectique, pas de vergeture sur paroi abdominale, pas de ballonnement marqué du ventre, pas d'œdème aux membres inférieurs, foie ne déborde pas fausses côtes, pas d'épanchement péritonéal. Rate allongée verticalement.

Partie inférieure atteint rebord fausses côtes, partie supérieure se perd sous dôme diaphragmatique, contracte adhérences. Présente double coloration portion inférieure environ un quart, coloration bleuâtre, portion supérieure lie de vin. Adhérences nombreuses paroi costale, ouverture poitrine, on trouve vaste clapier purulent dans plèvre gauche, poumon petit, ratatiné en haut près colonne vertébrale; cavité pleurale, cloisonnée, divisée en deux poches, l'une supérieure contenant assez grande quantité de pus, l'autre inférieure dans laquelle pénètrent drains. celle-ci repose sur diaphragme qui est creusé d'une ouverture pénétrant dans rate.

On incise diaphragme et face antérieure rate et on observe que la rate est creusée d'une cavité qui occupe trois quarts supérieurs. On observe très bien que le kyste hydatique formé dans la rate évolue vers la plèvre. Rate enlevée pèse 350 grammes. Cœur légèrement repoussé en dedans. Poumon droit, sain, poumon gauche à peu près exempt.

On ne trouve pas trace tuberculeuse à l'incision paroi thoracique du côté gauche, rencontré quelques petits kystes perdus dans la paroi.

Le foie n'est pas hypertrophié pas de kystes.

Donc kyste hydatique de la rate suppuré, avec issue dans la plèvre, généralisation dans le poumon gauche et dans les pa-

rois thoracique et abdominale gauches sans suppuration de nouveaux kystes.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Reboul. — *Archives prov. Chirurg.*, 1896.)

Kyste hydatique suppuré de la rate. communiquant avec la plèvre gauche à travers une perforation du diaphragme. — Laparotomie. ouverture large du kyste. — Guérison opératoire — Mort cinq mois après par kyste hydatique suppuré du cerveau droit ouvert dans le ventricule latéral.

« La nommée Amélie M..., trente-cinq ans, entrée le 14 août 1894 dans mon service à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, salle Fontaine n° 14. Syphilis depuis une dizaine années pas de lésions actuelles. Il y a environ quatre ou cinq ans la malade a remarqué une tumeur du volume du poing siégeant dans l'hypocondre gauche.

Elle éprouvait dans cette région des fourmillements, des démangeaisons, depuis quelques mois la tumeur a augmenté de volume. Le 14 août on constate dans le côté gauche de l'abdomen une tumeur volumineuse occupant le flanc et l'hypocondre et empiétant sur les régions épigastriques et ombilicale. Sa limite antérieure atteint l'ombilic, en bas elle descend jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette tumeur est saillante, surtout à l'épigastre et vers l'ombilic. Elle est limitée et arrondie en bas et en dedans ; en haut se continue avec fausses côtes ; tumeur régulière dans toute son étendue, en haut matité se prolonge jusqu'au cinquième espace

intercostal gauche, en arrière, dans fosse lombaire on perçoit sonorité du côlon : tumeur paraît libre d'adhérences avec paroi abdominale.

Examen du thorax gauche donne une matité absolue dans les deux tiers inférieurs ; à ce niveau absence de vibrations et de respiration, dans le tiers supérieur du poumon gauche on perçoit un souffle doux.

Un peu de tympanisme dans la fosse claviculaire, d'après les signes objectifs de cette tumeur, son évolution, l'augmentation rapide de son volume, nous faisons le diagnostic de kystes hydatiques suppurés de la rate. ayant envahi la plèvre gauche ou coïncidant avec un kyste hydatique isolé de la partie gauche du thorax.

Opération le 22 août. Laparotomie. Incision sus et sous-ombilicale de 14 centimètres suivant le bord externe du grand droit au niveau partie plus saillante de la tumeur. Paroi incisée, tumeur à découvert. Exploration manuelle permet limiter en dedans, en bas et dehors, mais en haut elle paraît s'enfoncer profondément dans l'hypocondre gauche, sur face externe de la tumeur je sens une bride épiploïque ; surface de tumeur formée de tissu splénique, fluctuante partie supérieure.

Après fixation tumeur aux deux extrémités par points de suture, une ponction faite au point fluctuant donne issue à une grande quantité de liquide séro-purulent, grumeleux, contenant débris d'hydatides ; poche kystique diminuée, je l'attire le plus possible au dehors entre les lèvres de la plaie abdominale et je fixe la rate et le kyste aux lèvres de l'incision par une suture cutanéokystique à la soie.

Incision verticale de la rate et du kyste au thermocautère par places, je traverse jusqu'à 2 centimètres de tissu splénique.

Incision donne issue à grande quantité de pus et vésicules hydatiques. Après excision des parties exubérantes du tissu splénokystique et de la poche. J'établis une suture cutanéokystique à points rapprochés. Explorant alors avec la main la cavité, je constate que le kyste se prolonge en arrière dans la fosse lombaire, et qu'en haut il s'enfonce profondément dans la concavité du diaphragme ; je perçois à la face supérieure de cette concavité un orifice circulaire obstrué par une vésicule hydatique qui bombe dans la poche. Cette vésicule se rompt sous la pression des doigts et une quantité de vésicules non suppurées viennent faire irruption dans la poche splénique. Après évacuation et exploration, deux séries de gros drains sont installées dans le diverticule thoracique et dans le prolongement lombaire. Lavage avec une solution de naphtolate de soude. Injection d'environ 50 grammes de naphtol camphré. Pansement au salol, compression ouatée.

Suites. Malade a eu à plusieurs reprises phénomènes d'infection avec frissons. La cavité kystique diminue progressivement.

En décembre malade peut sortir en ville.

Le soir malade revient à l'hôpital avec fièvre et meurt d'une hémiplegie gauche complète.

Autopsie.— Le poumon de la paroi kystique à la paroi abdominale est intime, adhérences péritonéales, rate hypertrophiée kyste développé dans l'extrémité supérieure et bord postérieur de cette glande, poche kystique très réduite. Intimement unie en haut et à gauche à la voûte du diaphragme, cavité pleurale contient encore quelques débris de membranes hydatiques, poumon gauche est perméable. Il a repris à peu près ses dimensions normales ; base séparée du kyste proprement dit par membrane fibreuse.

OBSERVATION VII

(Huber. — *München. Med. Woch.*, XXXVII, 1890.)

Kyste hydatique solitaire de la rate

La tumeur existe depuis dix ans si l'on croit à l'anamnèse ; en réalité elle date au moins de quinze à vingt ans

Faits cliniques : tumeur splénique et douleur périhépatique. La poche kystique est crevée à la suite d'une lésion extérieure. Les liaisons nombreuses du kyste avec les viscères ont empêché l'évacuation de son contenu dans la cavité péritonéale ; il est entre le côlon et la rate. La mort est due à une dégénérescence amyloïde qui avait lieu simultanément dans les reins et dans la muqueuse de l'intestin. L'auteur pense que la durée de la maladie, l'immobilité de la tumeur et l'état relativement passable de la maladie constituent autant de données de diagnostic de grande importance (?).

OBSERVATION VIII

(Quénu. — *Bull. Soc. chirurg. Paris*, XV, 295, 1890.)

Kyste hydatique suppuré de la rate évacué par les bronches

Homme de trente-sept ans. A la fin d'août 1887, on pratiqua une ponction probatoire, on obtint alors 2 litres de liquide hyda-

tique transparent. Trois mois plus tard malade pris de vomissements violents et de toux ; il évacue en même temps par les bronches quantité de vésicules hydatiques. Il est saisi d'accès de fièvre et présente des symptômes d'un pneumothorax au côté gauche. On diagnostique kyste hydatique splénique évacué dans cavité pleurale.

Résection de la neuvième côte. On découvre cavité, non pas celle de la plèvre, mais un énorme foyer purulent d'origine hydatique au fond duquel était la rate.

Drainage, guérison complète.

OBSERVATION IX

(Lainé (H.). — *Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la rate* (thèse de doctorat, p. 82, Paris, 1889.)

Le malade, homme de soixante-et-un ans bien constitué, vint consulter pour phlegmon gangréneux occupant les deux tiers du pied gauche, fut traité pendant deux mois dans service du Dr Cerné. Plusieurs incisions furent pratiquées et le 5 juin malade partait guéri.

Le 20 décembre, revint avec anthrax situé hypocondre gauche quelque peu en arrière près bord externe du carré lombaire.

A l'examen on constata tuméfaction de largeur pièce de 5 francs ressemblant à un anthrax, on incise centre de la plaie, et il sort pus séreux avec membranes qui furent prises d'abord pour lambeaux de tissu cellulaire. A l'exploration digitale on

découvrit trajet fistuleux qui traversait le muscle dans toute son épaisseur.

Quand on élargit cette perforation, il sortit grande quantité de liquide aqueux et transparent mélangé de vésicules et de membranes d'hydatides. La cavité n'avait pas suppuré : examen intérieur démontra présence tumeur grosse comme la tête d'un embryon de sept mois.

On diagnostique : kyste hydatique de la rate.

On met deux drains dans la cavité du kyste, lavages quotidiens. Pendant une semaine il s'écoula beaucoup de vésicules d'hydatides crevées, à chaque pansement, le 15 mars on injecta dans le kyste de la solution de chlorure de zinc, dans le but d'accélérer la contraction; poche le 10 avril malade guéri quittait l'hôpital.

OBSERVATION X

(Hermann. — *Feill von Lienisechinococcus*

Jaherbericht d. med. Klinik zu Breslau. 1887.)

Malade âgé soixante-quatre ans boulanger se plaignit au mois de février de souffrir de dyspnée et de douleurs à gauche dans la poitrine, de mars à juillet toux avec crachats de sang. La dyspnée augmente en octobre; malade à une nuit violent accès étouffement. Il sort beaucoup de mucosités séro-sanguinolentes; la rate dépasse de deux doigts le dernier arc costal.

On entend dans la poitrine des ronchus nombreux.

En ponctionnant la poitrine à l'endroit de la matité on obtient un liquide séreux contenant beaucoup d'albumine. A l'autopsie, on trouva un kyste du poumon gauche et un autre

appartenant à la partie supérieure de la rate, la seconde poche de forme sphérique contenant 600 grammes environ de liquide.

OBSERVATION XI

(Rombeau. — *Bull. Soc anat.* Paris, n° 29, 1854.)

Femme. Ponction 1 lit. 5 de liquide transparent et alcalin.

A l'examen la tumeur occupe toute la moitié gauche de la poitrine. Elle commence au-dessous du sein gauche et s'étend jusqu'aux bords supérieurs des onzième et douzième côtes. La tumeur est elliptiforme, son plus grand diamètre est de 12 centimètres environ, sa partie inférieure commence à 2 cm. 5 à gauche de la ligne médiane. Il y a une fluctuation manifeste. Une ponction probatoire faite le 31 août évacue 1 lit. 5 de liquide transparent et alcalin. Le lendemain vomissements, fièvre, douleurs violentes au niveau de la tumeur. Le 23 septembre on pouvait constater une transvasation dans le fonds de la cavité pleurale gauche. Le 10 octobre la tumeur avait atteint de nouveau ses dimensions premières. Le 6 novembre frissons violents et mort subite du sujet. On trouve à l'autopsie un énorme kyste hydatique de la rate, il est probable que la mort est due au déplacement et à la compression du cœur.

OBSERVATION XII

(Concetti. — *Giorn. internaz. d. sc. med* Napoli, 1880, II, 247.)

Echinocoques de la rate.

Homme trente-trois ans souffre depuis un an environ de cri-

ses de paludisme. Depuis quinze jours à la suite d'accès pernicieux forte douleur correspondant au bord costal inférieur gauche ; en même temps on sent une tuméfaction plutôt dure non douloureuse et qui augmente progressivement de volume. Fluctuation très nette à la palpation la tumeur donne des vibrations qui sont caractéristiques du kyste à échinocoque Ponction exploratrice. Mort par pleurésie séro-purulente et pneumonie catarrhale ; à l'autopsie, la cavité du kyste splénique renferme un liquide sanieux et rempli du tissu splénique nécrosé. Le parenchyme de la rate qui est en contact avec la cavité est le siège d'une hyperplasie considérable.

OBSERVATION XIII

(Berthelot. *Journal médecine chirurg.*, 1790, p. 48.)

Femme quarante-six ans ; l'évacuation fut spontanée. En un jour la malade évacua avec les selles une quantité considérable de vésicules, dont quelques-unes de la grosseur d'un œuf de pigeon. Les matières exhalaient une odeur fétide, étaient grisés, blanchâtres, mélangées de pus de couleur foncée, il sortit encore par intervalles, entre les selles de 1000 à 1200 vésicules pendant les six semaines suivantes.

Les évacuations de vésicules étaient toujours précédées de nausées et faiblesse. La guérison fut fort lente.

OBSERVATION XIV

(*Häbersohn on spleni tumeur by Hilton Fage Guy's hospital Reports* ; ser. III vol. XIV p. 213, 1868.)

Homme âgé de 38 ans, après troisième ponction meurt d'épuisement.

Autopsie. — On trouve un kyste profondément logé dans le tissu splénique, sous la membrane capsulaire, le tissu splénique atrophié couvre parois, poche à un centimètre d'épaisseur; à côté de l'épiploon on voit une perforation qui mène à un foyer purulent, une seconde ouverture se trouve à proximité du côlon transverse, une troisième est adjacente au diaphragme. Ce dernier est exhaussé, plus grande partie du lobe gauche du foie comprimée à tel point, impossible de distinguer structure cellulaire, estomac déplacé en-dedans et vers la droite, la flexure colico-liénale se trouve plus rapprochée qu'à l'ordinaire de l'ombilic. Poche tapissée de membrane pyogène très bien conservée, contient lambeaux vésicules hydatiques.

OBSERVATION XV

(M. Brault. *Progrès médical*, p. 111, 1877.)

Kyste hydatique de la rate, complication ouverture dans le côlon transverse

Jal. . . Philippe cinquante-sept ans, imprimeur entre, à l'hôpital Saint-Antoine le 18 octobre 1876, service de M. Benjamin Anger. D'après renseignements qu'il donne, abdomen commença à prendre certain développement il y a dix ans environ. Depuis tuméfaction du ventre s'accrut progressivement et sans aucune diminution dans l'intervalle; un mois avant son entrée à Saint-Antoine, il entra à l'hôpital Saint-Denis et à la suite d'une diarrhée, il remarqua une diminution considérable de la tumeur.

A son entrée, se présente avec ventre uniformément déve-
loppé comme dans l'ascite, et tellement considérable que l'm-

bilic à disparu et que l'appendice xyphoïde est subluxé en avant.

Tumeur lisse sans bosselures ni duretés, fluctuante d'une façon très manifeste. La matité à la percussion se continue avec celle du foie mais aussi avec celle de la rate à gauche.

Si on percute dans le sens vertical, on trouve que la matité est complète jusqu'à la crête iliaque au niveau de la rate, tandis qu'au niveau de l'ombilic on a la sonorité intestinale ; de même à 3 ou 4 centimètres au-dessous. Les caractères physiques de la tumeur firent porter diagnostic de kyste hydatique du lobe gauche du foie

Dix jours après le 28 octobre, il y a par intestin véritable débâcle, ventre diminue très sensiblement de volume mais mensuration ne fut pas faite. Examen des selles ne donne aucun résultat capable de confirmer diagnostic. Cependant tumeur avait matité verticale beaucoup moins considérable au niveau ombilic.

Matité au niveau de la rate était la même et cette persistance de la matité avait fait songer à cette époque à un kyste hydatique de la rate.

Le 5 novembre, deuxième débâcle ; depuis le 5 novembre, diarrhée incoercible ; le malade, qui était entré dans le service avec aspect cachectique, s'affaiblit de plus. Mort le 29 novembre.

Autopsie. — Vaste tumeur située dans l'hypocondre gauche, très adhérente au diaphragme, très adhérente aussi au lobe gauche du foie, mais on peut l'en séparer assez facilement ; au contraire la rate est complètement incluse dans la paroi gauche de la tumeur. Il est complètement impossible de retrouver la capsule de la rate ; le tissu propre de cet organe semble séparé de la cavité du kyste par une membrane de nouvelle formation

dont l'examen histologique n'a pas été fait. A l'ouverture de la tumeur, sérosité louche assez abondante, fausses membranes et grumeaux consistance de mastic (hydatiques dégénérées). La tumeur est adhérente au côlon transverse mais il est impossible de retrouver l'orifice de communication entre le côlon transverse et la tumeur.

OBSERVATION XVI

(Sokoloff P. J.). Appendice au compte rendu
soc. méd. de Kieff 1881-1882, 1^{re} série, p. 5

Le malade, soldat canonnier, entre à l'hôpital, le ventre fortement gonflé, n'a pas eu de selles depuis cinq jours. On reconnaît une invagination de l'intestin. On pratique un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche à l'endroit de la flexure sigmoïdale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une petite quantité de liquide blanc et laiteux, les anses intestinales adhèrent entre elles et au péritoine; aucune d'elles ne sort à travers l'incision; saisissant alors une des parties de l'intestin ballonné par les gaz, on y pratique une ouverture par laquelle s'échappent en abondance des masses fécales liquides. Le poulx s'améliora, vingt heures plus tard le malade tomba dans un sommeil comateux et trente-six heures après l'intervention il succomba.

L'autopsie révèle une péritonite adhésive purulente, d'origine récente, l'intestin est libre jusqu'à la flexure gauche du côlon transverse; à cet endroit l'intestin est étranglé complètement par des fausses membranes plus ou moins anciennes, provenant de la capsule liénale et du ligament colico-liéal.

La circulation est complètement interrompue, on s'en assure en introduisant de l'eau dans le côlon transverse, elle y reste ne pouvant se frayer passage dans le côlon descendant. La rate est transformée en une poche remplie de liquide blanchâtre dans lequel nagent des rouleaux qui ressemblent à des morceaux de macaroni cornés, ce sont des détritits de vésicules hydatiques. Le tissu splénique n'existe presque plus : quelques restes à peine sur la partie antérieure de la poche. Cette dernière est recouverte d'une épaisse couche fibro-celluleuse, dans la partie antérieure du kyste, on trouve deux perforations qui communiquent avec la cavité péritonéale.

Le lobe gauche du foie contient deux tuméfactions, grosses comme de petites pommes, on trouve aussi deux foyers d'infection, de la grosseur d'une noisette, dans la partie inférieure du poumon droit ; l'anus artificiel se trouve dans l'iléum.

OBSERVATION XVII

(Gérin Roze, 1880.)

Kyste hydatique de la rate ouvert par le thermocautère après que des applications de pâte de Vienne eurent fait adhérer la tumeur à la peau.

« Le 7 octobre 1879, Alexandrine R..., âgée quarante-neuf ans, entre dans mon service de Tenon. Lorsqu'elle était en nourrice, carie du cubitus droit et quatrième métacarpien correspondant, plus trace aujourd'hui, sauf cela, jamais été malade, eut quatre enfants, atteignit sans encombre quarante-

sept ans moment de la ménopause et commencement d'un affaiblissement qui augmente depuis. Après un an de cet alan-guissement et cinq ou six ans après contusion provenant d'une chute sur côté gauche, survinrent à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche des douleurs sourdes et une tumeur, accrues depuis deux mois. Il y a dix jours, fut prise dans la rue de vomissements tellement abondants qu'on dut la rapporter chez elle : ils avaient été précédés par d'autres semblables à de la suie délayée et de selles liquides, bientôt suivies de constipation.

Etat actuel. — Le phénomène apparent est une tumeur du volume de deux gros poings remplissant une partie des régions de l'épigastre de l'ombilic, et surtout de l'hypocondre et du flanc gauches. Masse totale donne sensation, convexité reposant sur surface plane à laquelle serait unie par partie retrécie sous forme sillon, configuration, consistance et siège tumeur nous font penser à un kyste arrondi reposant sur un plan constitué par la rate dont il a la forme et dont il occupe la place, en s'élevant dans l'hypocondre, la tumeur refoule en haut le poumon gauche et projette au dehors la base de la cage thoracique dont la voussure est évidente, la partie convexe de la tumeur est molle, élastique comme le serait une poche incomplètement distendue par un liquide, nous n'y trouvons ni fluctuation, ni frémissement hydatique, la partie plane est dure, résistante et répond assez bien à la sensation que donne la palpation de la rate normale. Le lendemain de son entrée et le jour suivant la malade rendit chaque jour 500 à 600 grammes de vomissements glaireux et quatre selles d'un liquide absolument semblable à du goudron, l'état général et des plus graves. Faiblesse, amaigrissement extrême,

L'estomac rejette tout ce qu'on lui offre. La douleur provoque l'insomnie. Malgré l'ensemble de ces signes qui pourraient faire supposer l'existence d'un cancer de l'estomac, en raison du volume de la forme, de la consistance de la tumeur, nous pensons à un kyste hydatique de la rate et nous expliquons les hémorragies par la gêne apportée par la tumeur à la circulation du sang dans les viscères abdominaux. 10 septembre, la ponction avec l'aspirateur Potain, n'est pas douloureuse et donne issue à 40 grammes d'un liquide clair transparent riche en sels (phosphates, carbon. chlorures), totalement dépourvu d'albumine et dans lequel il ne nous est pas possible de découvrir de crochets. De ce jour disparaurent pour ne plus se rencontrer les phénomènes douloureux : dans les jours suivants, il ne survint ni fièvre ni urticaire, la douleur diminua, la malade prit quelques aliments et l'espoir lui revint.

17 octobre. — La tumeur ayant repris son volume, nouvelle ponction, il faut un certain effort pour faire pénétrer l'aiguille qui semble traverser une couche résistante et comme cartilagineuse. On retire 1 litre d'un liquide légèrement rosé dans lequel nagent quelques membranes lamelleuses d'une grande minceur.

Quoique sa composition soit la même que celle du liquide précédemment extrait nous constatons que sa transparence est moins nette et qu'il s'y trouve quelques traces d'albumine.

Pendant deux jours l'état général fut satisfaisant. Bon sommeil, bon appétit, pas de fièvre. Bientôt tout changea.

19 octobre. — Pendant la nuit surviennent frissons, douleurs dans l'hypocondre, nous pensons que le kyste entre en suppuration, et qu'une large ouverture devient notre unique ressource

et décidons l'opération. Du 23 octobre au 3 novembre il est fait six applications de pâte de Vienne. Le 4 la pâte de Vienne nous a ouvert une tranchée de 7 centimètres de long sur un peu plus de 3 centimètres de profondeur. Au fond le doigt sent une surface sphérique d'une dureté cartilagineuse. A l'œil on aperçoit une surface blanche qui se meut bien légèrement à chaque mouvement respiratoire. Pendant que les adhérences sont établies, nous incisons cette tumeur au thermocautère ; nous pénétrons dans le kyste avec difficulté. A peine est-il ouvert qu'un jet nous saute au visage, il s'écoule d'abord 500 grammes de liquide jaune citrin, puis enfin gros comme un œuf de pigeon de pus plus épais et comme floconneux. Opération faite sans issue de sang.

Injection soir et matin, eau phéniquée au centième; faiblesse extrême.

6 novembre. — Il sort une masse de débris membraneux minces, blanchâtre et sans consistance. L'évacuation dure plusieurs jours.

8 novembre. — Doigt introduit dans l'orifice sent une surface convexe, douce au toucher qui s'avance au-devant de lui et que l'autopsie nous a montré n'être que le tissu propre de la rate.

1^{er} décembre. — Cachexie progresse. Le pus sortant du kyste a une odeur fétide.

20 décembre. — Fétidité disparue, mais cachexie augmente, il survient eschares au sacrum ; malade s'éteint 10 janvier plus de deux mois après ouverture poche, sans douleur ni dyspnée, d'une pneumonie ultime du sommet gauche.

Autopsie. — Au sommet gauche, tissu pulmonaire est hépatisé, grisâtre, ne surnage pas et laisse suinter pus. Péri-

toine absolument intact, anses intestinales libres de toute adhérence. Kyste occupe hypocondre gauche, est développé aux dépens de la rate, dont la substance constitue le quart de sa paroi, son orifice cutané correspond à peu près à partie moyenne de la tumeur et forme un trajet fistuleux, circonscrit par des adhérences de 1 à 2 centimètres de large ; tout autour de ces adhérences péritonéales qui appliquent la paroi kystique à la peau de l'abdomen, il n'y a pas de trace de péritonite. Il résulte de l'examen de la pièce que le kyste, né à la surface de la rate qui forme environ un quart de sa paroi s'est développé pour les trois autres quarts en refoulant les tissus voisins, mais non à leurs dépens. Il adhère au rein gauche, à l'estomac et au bord gauche du foie dans lequel il pénètre même par effraction en s'y creusant une logette du volume d'une noix. Le tissu du foie n'est pas altéré, kyste à forme de sac irrégulièrement ovoïde dont, fond serait constitué par tissu propre de rate doublé, couche plus épaisse tissu conjonctif, mesure 18 centimètres de long sur 8 de large ne contient plus d'hydatides, partie fibreuse du sac à consistance très irrégulière, sur certaines parties on trouve paroi souple et membraneuse, véritable tunique adventice sur d'autres ; vue et toucher font naître l'idée d'une paroi cartilagineuse à aspect squirrheux ayant jusqu'à 15 millimètres d'épaisseur. De plus à l'exclusion de sa portion splénique, et dans sa seule partie fibreuse, la paroi interne du sac est doublée d'une large plaque écailleuse très mince ayant aspect plaques athéromateuses sèches de l'aorte et la consistance des cerceaux de la trachée. Ces écailles remplies de fissures semblent prêtes à se détacher par morceaux ; leurs bords se recoquillent et laissent passer sous eux un stylet qui les décolle facilement de la paroi

qui leur sert de soutien. Il était intéressant de savoir si nous étions en présence de tissus cartilagineux, les recherches ont été négatives aussi bien dans les fragments écailleux que dans les points squirreux de la tunique adventice, il n'a été trouvé d'autres éléments que ceux du tissu fibreux, des faisceaux de tissu conjonctif extrêmement dense, les extrémités de quelques fibres élastique et pas une seule cartilagineuse.

OBSERVATION XVIII

(Backhouse (J). — *Australian med. Journal*, 1885, p. 409.)

Poche hydatique de grande dimension comprimait le poulmon gauche, après plusieurs ponctions sans résultat, on fit une incision à l'angle de la capsule. Le malade mourut seize jours après à la suite de l'évacuation de la poche kystique dans le péritoine.

OBSERVATION XIX

(Sokoloff, déjà cité.)

Malade se présente le 9 janvier 1888 avec des douleurs au flanc gauche, et dans un état fiévreux, température 39°2 ; on remarque à l'hypocondre gauche une grosse tumeur. Trois semaines environ avant d'entrer à l'hôpital elle a ressenti de la frigidité, puis de la chaleur, un malaise général et une douleur dans le kyste, où elle n'avait jamais eu mal auparavant ! la ponction fut pratiquée et l'on obtint une petite quantité de pus.

Le 24 février pendant quinte de toux malade évacue par bronches un flot liquide purulent. Il existe évidemment une communication entre la tumeur et poumon.

L'abcès s'ouvrit une seconde issue dans l'intestin ce qui occasionna une diarrhée purulente qui dura jusqu'au 18 juillet, c'est-à-dire jusqu'à la mort de la malade.

Autopsie. — Hypocondre gauche comblé par tumeur grosse comme tête adulte de consistance forme ovale de consistance non homogène.

Le tissu de la rate se confond avec celui du kyste dont la cavité est remplie de pus gangreneux jaune verdâtre contenant des membranes vésiculaires. La tumeur a trois ouvertures : l'une perfore les téguments abdominaux : la seconde mène dans le côlon ; la troisième correspond à une perforation du diaphragme dans la partie inférieure du poumon gauche.

OBSERVATION XX (Résumée)

(Cras. — Th. de Bordeaux, p. 59, 1896.)

Kyste hydatique de la rate

M. F..., âgé de cinquante-deux ans, se plaint d'embarras gastrique chronique. Dans la région splénique existe une tumeur semblant tout à fait consister en une hypermégalie de la rate.

La tumeur se développe très rapidement en quinze jours, triple de volume, envahit la région lombaire en se ramollissant. La fluctuation très nette dénonce la présence de liquide.

Ponction exploratrice laisse écouler du pus.

Opération par M. Demons.

Incision de 6 centimètres sur la direction du rebord des fausses côtes à deux grands travers de doigt au-dessous de ce rebord et sur le milieu du plan latéral gauche du tronc.

Cette incision sectionne d'un seul coup les différentes couches, le pus sort grande quantité, poche se vide, on obtient un pus verdâtre, épais, mastic. Le doigt reconnaît une poche de consistance splénique ce qui confirme diagnostic. Drainage, suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XXI

(M. Jean Petit, interne des Hôpitaux. —
Société anatomique, Paris, 1900, p. 713.)

Grefte d'un kyste hydatique de la rate dans le tissu cellulaire sous-cutané, consécutive à l'ouverture chirurgicale de ce kyste.

Opérée par M. Quénu, en juin 1898 pour volumineux kyste hydatique, rate réopérée par lui 25 juin dernier pour récurrence du kyste dans tissu cellulaire sous-cutané, au niveau et un peu en dehors de l'ancienne cicatrice.

D... Julia entre une fois au pavillon Pasteur parce que ventre depuis quatre mois pris proportions rapides, n'accuse aucun symptôme, ni local, ni général, se plaint seulement que sa tumeur la fait croire enceinte.

Trouvé à l'examen tumeur volumineuse hypocondre gauche, remonte sous fausses côtes, descend jusqu'à crête iliaque,

ne dépasse pas ligne médiane. Fluctuation très nette, on sent deplus comme un pédicule se détachant du fond de la tumeur, se dirige région lombaire sur face lombaire, on perçoit nettement corde transversale probablement le côlon, palpation lombo-abdominale donne nettement le ballonnement rénal.

Aucun symptôme du côté du rein, ni hématurie, ni troubles de la miction, diagnostic était hésitant entre grosse hydronéphrose et kyste hydatique de la rate. M. Albarran a l'amabilité de venir pratiquer le cathétérisme de l'uretère gauche ; l'uretère est libre, le rein gauche absolument sain, les urines sont normales en quantité et en produit d'excrétion, on conclut à un kyste hydatique de la rate.

Opération le 9 juin 1898. Poids de la malade 67 kilos. Laparotomie dans la ligne mamelonnaire, on trouve un gros kyste hydatique développé au-dessus de la face interne de la rate dans son segment sus-vasculaire. Le kyste remonte derrière l'estomac jusqu'au diaphragme, piliers et coupole auxquels il adhère ainsi qu'à la face antérieure du rein gauche, il a contourné la grande courbure et revenant sur la face antérieure de l'estomac est devenu sous-pariétal. On marsupialise la poche, les adhérences empêchant de la réséquer.

La malade rentre de nouveau au pavillon Pasteur le 19 juin 1900 pour une petite tumeur qui siège au niveau de la cicatrice

Au mois de janvier 1900, d'abord de petit volume elle grossit bientôt progressivement causant quelques tiraillements douloureux dans la région épigastrique et au niveau même de la cicatrice. Quand la malade marche, ces tiraillements s'exagèrent.

A l'examen on voit un peu en dehors et au-dessous de la cicatrice la peau soulevée par la tumeur, cette tumeur a la forme

d'un croissant à concavité supéro-interne, d'apparence bilobée, elle a dans son ensemble le volume d'un gros œuf de poule, mais son lobe interne est plus volumineux que son lobe externe, cette tumeur est mobile sous la peau et également mobile sur les plans musculo-aponévrotiques ne présentant aucun pédicule profond. Elle est entièrement située dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Le diagnostic de la nature de cette tumeur fut facile, surtout après l'observation d'un cas absolument analogue dans le service quelques mois auparavant. Il ne pouvait s'agir que d'un nouveau kyste hydatique développé sous la peau à la faveur de la première intervention et la malade fut opérée par M. Quénu le 25 juin.

Ainsi que l'examen l'avait fait présumer, la tumeur était bilobée, il y avait indépendance des deux masses entre elles sans aucune connexion avec les plans superficiels ni profonds de la paroi abdominale.

La masse interne fut disséquée aux ciseaux, très facilement. Ouverte après extirpation, il s'en échappe le liquide caractéristique eau de roche avec deux vésicules filles.

La masse externe fut d'une dissection un peu plus difficile ; en l'incisant par le travers on voit qu'elle est constituée, non plus par une poche unique comme l'était la précédente, mais par une série de petites poches accolées et conglomerées, paraissant indépendantes les unes des autres et d'où s'échappent des vésicules de dimensions variables allant d'un pois à celui d'une grosse tête d'épingle.

OBSERVATION XXII

(Parlavechio. — *Splenectomie per allezioni rare supp. al policlin. Roma, 1900, VI, 289.*)

Kyste hydatique suppuré

Homme, quarante-deux ans, se fait un mois auparavant plaie contuse de l'hypocondre gauche, tuméfaction, fièvre, à la palpation on sent fluctuation, pas de frémissement hydatique : les manœuvres d'exploration provoquent de la douleur. Diagnostic incertain. Intervention. Splénectomie qui donne issue à grande quantité de pus, avec hydatides, lavages, guérison.

OBSERVATION XXIII (*id.*)

Kyste hydatique de la rate chez un homme de trente-cinq ans

Douleurs abdominales depuis huit ans, à gauche, occasionnées par tumeurs à surface bosselée. ponction exploratrice donne issue à 37 onces d'un liquide non albumineux dans lequel se trouve une tête d'échinocoque, la tumeur a intéressé l'estomac au point de provoquer de la douleur par ingestion des aliments ; après ponction, tumeur diminue de volume mais liquide se reforme, ponctions successives. Le liquide renferme une grande quantité d'albumine et des cristaux flottants de cholestérine. Mort.

Autopsie. — On trouve kyste primitivement inclus dans la capsule de la rate. Le kyste était limité par une membrane pyogène bien formée.

CONCLUSIONS

A. Le kyste n'est pas suppuré

1° La ponction simple ou suivie d'injection parasiticide doit être abandonnée parce qu'elle est infidèle et qu'elle expose à des accidents graves, immédiats ou consécutifs.

2° L'extirpation simple du kyste ne devra être faite qu'au cas de kyste pédiculé.

3° Si le kyste n'est pas suppuré on pourra recourir au capitonnage de M. Pierre Delbet, ou à la méthode Bond-Mabit ; mais les faits sont trop rares pour pouvoir poser des conclusions fermes.

4° La splénectomie sera employée dans les cas où la rate présente des kystes multiples, adhérents ou libres, mais non suppurés. On ne peut lui reprocher que la gravité de l'acte opératoire.

A. Le kyste est suppuré adhérent

Il faudra recourir à une méthode moins brillante mais plus sûre ; inciser, marsupialiser, drainer.

Vu : Le Président de la thèse

POZZI

Vu : le Doyen :

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Alessandri*. — Annales de Virchow, p. 118, 1878.
Amberg. — Wiener Med. Woch, p. 173, 1898.
Antona. — Riforma medic., p. 584, 1899.
Barret. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, p. 341, 1828.
Broca. — Kyste hydatique intrasplénique. Paris, p. 273, 1852.
Bryand. — Guy's hospital reports, p. 444, 1866.
Brault. — Prog. méd., p. 111, 1877.
Bourdel. — Soc. anat. de Paris, 1883.
Besançon. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, p. 147, 1886.
Bergmann. — Berl. klin. Woch., p. 592, 1888.
Braime. — Ann. de la Policlinique de Paris, p. 450, 1890.
Bouilly. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, p. 789, 1892.
Baraduc. — Th. de Paris, 1898.
Berthier. — In. Th. de Mortureux, p. 50. Paris, 1900.
Concetti. — Giorn. interna. d. sc. med., p. 247. Napoli, 1880.
Casanova et Poulet. — Revue de Chir., p. 206, 1888.
Chaintre. — Revue de Chir., p. 811, 1890.
Childe. — British med. J., t. II, p. 1431, 1882.
Cardarelli. — Boll. d. clinico, p. 41. Milano, 1894.
Cras. — Th. de Bordeaux, 1896.
Duroziez. — Soc. anat. de Paris, 1851.
Dubouée. — Bull. de la Société anat. de Paris, p. 551, 1856.
Deffaux. — Bull. de la Soc. anat., p. 165, 1874.
Delbecq. — Gaz. des Hôpit., 1887.
Delens. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, p. 305, 1889.
De Almeida. — Brazil med., p. 446. Rio-de-Janeiro, 1904.
Fehleisen. — Wochens. Leipzig, p. 1003, 1888.

- Fink*. — Wratsch. Saint-Pétersbourg, 1889, p. 355.
Février. — Congrès français de chirurgie, 1901.
Goyrand (d'Aix). — Gaz. des hôp., p. 100, 1850.
Gunsburg. — Arch. de méd., p. 12, 1862.
Gérin Roze. — Bull. de la Soc. Anat., p. 19, 1880.
Guérin. — Arch. cliniques de Bordeaux, 1896.
Guido. — Riforma Medica, 1893.
Gallozi. — Bull. de l'Acad. de Naples, p. 16, 1901.
Giomettasio. — Riforma Medica, 24 juin 1905.
Habersohn. — Guys. hospital reports, p. 213, 1868.
Hamilton. — Journal de Dublin, p. 236, 1869.
Holstein. — Extr. Virchow, t. II, p. 118, 1878.
Huber. — Munsch. Med. Woch, 1890.
Hogel. — Med. record., p. 386. Calcutta, 1893.
Hahn. — Centralb. f. Chir., p. 880, 1895.
Hutchett. — Med. Record. p. 426, 1896.
Hartmann. — Cong. de Chirurgie, 1897.
Jiorni. — Bull. de la Soc. Méd. de Naples, p. 247, 1880.
Jonnesco. — Presse Médicale, p. 125, 1897.
Koeberlé. — Bull. de la Soc. Méd. de Strasbourg, p. 162, 1873.
Kolberg. — Inaug. dissert., p. 168, Berlin, 1873.
Knowsley. — Thornton British. Med., p. 740, 1886.
Kischenski. — Med. Chir., p. 577. Moscou, 1901.
Lindersen. — Thèse de Gottingen, 1820.
Le Noël. — Gaz. Med., p. 275, 1874.
Lainé. — Thèse de Paris, 1889.
Lavazzani. — Clinica, p. 348. Pise, 1898.
Marano. — Prog. méd., p. 262, 1874.
Mosler. — Th. de Wiesbaden, 1884.
Mas. — Centralb. f. Chir., p. 719, 1889.
Maclarin. — British med. Journ., p. 868, 1892.
Mordret (du Mans). — Bull. de la Soc. de Chir. de Paris,
p. 789, 1892.
Martineau. — Union méd., p. 181, 1893.
Martyn-Jordan. — The Lancet, p. 208, 1898.
Matwiezeff. — Wratsch., p. 588. Saint-Pétersbourg, 1898.
Mortureux. — Th. de Paris, 1900.
Mabit. — Revue de Chir., p. 587, 1905.
Neisser. — Die Echinococcenkrank, p. 5. Berlin, 1877.
Nicolae. — Thèse de Bucarest, 1905.

- Oliver.* — British med. J., p. 13, 1893.
Pisri. — Riforma medica, p. 742, 1892.
Petit. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, p. 713, 1900.
Parlavecchio. — Policlinica, p. 289. Roma, 1900.
Rombeau. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, n° 29, 1854.
Rosenttein et Sängér. — Berl. klin. Woch., p. 229, 1873.
Ruehn. — Ibid.
Renault. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, p. 124, 1882.
Rostochinsky. — Bull. de la Soc. méd. de Moscou, n° 5, 1890.
Reboul. — Arch. prov. de chir., 1896.
Richelot. — In thèse Vanverts, p. 195. Paris, 1897.
Schrotter. — Med. Wien., p. 220, 1870.
Savage. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, p. 29, 1879.
Sokoloff. — Soc. méd. de Kieff, 1881-1882.
Sevestre. — Union méd., 1883.
Wells (Spencer). — British med. Journ., p. 55, 1889.
Schænborn. — Th. d'léna, p. 51, 1895.
Snéguirew. — Semaine méd., p. 78, 1896.
Lartchef. — Méd. Napiedak, p. 571, Sophia 1900.
Stankienvicz. — Gaz. de Varsovie, p. 982, 1902.
Thomas. — Australian med. Journ., p. 385, 1884.
Trinkler. — Revue de chir., p. 107, 1894.
Trofimof. — Khir., p. 561, Moscou 1899.
Volkmann. — Verkand. der deuts. Gesells. f. Chir., 1877.
Vivenza. — Lo sperimentale, n° 13, 1895.
Vanverts. — Th. de Paris, 1897.
Villar. — Journ. de méd. de Bordeaux, p. 165, 1903.
Wassilief. — Revue de chir., nov. 1885.